

„Die Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika –
ein Vergleich der Entwicklung in Tanzania, Uganda und Kenya“

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Susanne Harlfinger
aus Leipzig

2012

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: PD Dr. W. Bruchhausen
2. Gutachter: apl. Prof. Dr. Th. Kistemann

Tag der Mündlichen Prüfung: 19. April 2012

Aus dem
Medizinhistorischen Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Lepra – ein Public Health Problem	18
2.1. Klinik der Lepra	19
2.2. Lehren der Lepraentstehung in frühen Zeiten	20
2.3. Behandlung der Lepra – früher und heute	22
3. Die ostafrikanische Bevölkerung und ihr Umgang mit Lepra unter besonderer Berücksichtigung der Zeugnisse kolonialer Zeit.....	24
3.1. Leben mit Lepra in Deutsch-Ostafrika	24
3.2. Lepra und die Bevölkerung in British East Africa und Uganda	28
4. Deutsch-Ostafrika – Leprabekämpfung bis zum Ersten Weltkrieg	30
4.1. Strategien deutscher Leprabekämpfung	31
4.2. Die Lepradörfer in Deutsch-Ostafrika	37
4.3. Soziale Probleme in der Eindämmung der Krankheit	44
4.4. Reaktionen der Bevölkerung auf Isolation	48
5. British East Africa und Uganda – Leprabekämpfung bis zum Ersten Weltkrieg	52
5.1. Strategien britischer Leprabekämpfung.....	55
5.2. Das britische und deutsche Konzept im Vergleich	57
6. Das Empire und die Leprabekämpfung zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg.....	60
6.1. Tanganyika – Zeit der Veränderungen	62
6.2. Lepraarbeit in Uganda und Kenya nach dem Ersten Weltkrieg	68
6.3. Grundstruktur der Leprakolonien in Ostafrika.....	73
6.4. Besonderheiten der britischen Lepraarbeit.....	81
7. Leprabekämpfung in Ostafrika nach dem Zweiten Weltkrieg – die Ära der Sulfone	93
7.1. Die Etablierung eines einheitlichen Konzeptes für Uganda.....	95
7.2. Leprakranke als out-patients in Kenya	101
7.3. Der Kampf gegen Lepra in Tanganyika.....	103
7.4. Massenkampagnen	105

8. Leprabekämpfung in Tanzania, Uganda und Kenya seit der Unabhängigkeit.....	108
8.1. Das Ende der 1950er Jahre – Ostafrika zieht Bilanz.....	114
8.2. Grundsätzliche Veränderungen der Lepraarbeit.....	115
8.3. Tanzania als Vorreiter der modernen Lepraarbeit.....	120
8.4. Uganda – Erfolge und Rückschläge der Lepraarbeit	124
8.5. Die Leprabekämpfung in Kenya	128
8.6. Das DAHW in Ostafrika.....	130
9. Nationale Programme zur Bekämpfung der Lepra in Ostafrika.....	137
9.1. Koloniale Leprabekämpfung als Wegbereiter nationaler Programme?	137
9.2. Die Integration nationaler Programme in den öffentlichen Gesundheitsdienst.....	142
9.2.1. Horizontale und vertikale Gesundheitsprogramme.....	142
9.2.2. Leprabekämpfung – horizontal oder vertikal?.....	144
9.2.3. Die Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogramme – ein Überblick.....	148
10. Lepraarbeit der Missionen	151
10.1. Die Rolle der Missionen in der Leprabekämpfung in Ostafrika.....	151
10.2. „Saving-Souls“ – Leprakranke und die Verbreitung des christlichen Glaubens	159
11. Soziale Folgen, Stigmatisierung und Rehabilitation	162
11.1. Lepraarbeit ist mehr als nur Isolation	164
11.2. Stigmatisierung gestern und heute.....	165
11.3. Der Kampf gegen Vorurteile – Destigmatisierung im Lauf der Geschichte	169
11.4. Rehabilitation in der Lepraarbeit.....	172
12. Zusammenfassung	177
13. Summary	182
Quellen- und Literaturverzeichnis	186

Abkürzungsverzeichnis

ALERT	All Africa Leprosy Research and Training Centre
ALM	American Leprosy Mission
BELRA	British Empire Leprosy Relief Association, seit 1950 LEPRO Health in Action
CBR	Community Based Rehabilitation
CMS	Church Missionary Society
CSM	Church of Scotland Mission
DAHW	Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe, bis 2003 Deutsches Aussätzigen Hilfswerk
DDS	Dapson, 4,4'-Diaminodiphenylsulfon
ELEP	European Leprosy Elimination Programme
HHV	Home Health Visitor
IBEA	Imperial British East African Company
ILEP	International Leprosy Elimination Programme
LEPRO	siehe BELRA
MDT	Multi-Drug-Therapie
MSP	Medizinisch-Soziale-Projekte der DAHW
NGO	Non-governmental Organization
NLACC	National Leprosy Advisory and Co-ordinating Committee
NLP	National Leprosy Programme
NLR	Netherlands Leprosy Relief
NTP	National Tuberculosis Programme
NTLP	National Tuberculosis- and Leprosy Programme
PHC	Primary Health Care
TCMA	Tanzania Christian Medical Association
UMCA	Universities' Mission to Central Africa
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Die Lepra ist eine Krankheit, die die Menschheit schon seit Jahrtausenden beschäftigt. Heute ist die Lepra heilbar, aber während sie in den Industriestaaten fast nur noch ein historisches Thema ist, spielt sie in verschiedenen Entwicklungsländern auch heute noch eine beachtliche Rolle. Schon allein deshalb lässt sich die Beschäftigung mit der Geschichte dieser Erkrankung rechtfertigen. Aus den ostafrikanischen Ländern Uganda, Kenya und Tanzania werden jedes Jahr Neuerkrankungen an Lepra gemeldet, auch wenn diese Länder nicht mehr als hochendemisch für die Erkrankung gelten.¹ Die Auseinandersetzung mit der gezielten Bekämpfung der Erkrankung begann nicht mit der Einführung der heutigen *Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogramme (NTLPs)* der Länder. Bereits während der Kolonialherrschaft in Ostafrika und der Bemühungen der Kolonialmächte Anfang des 20. Jahrhunderts eine Gesundheitsversorgung aufzubauen, befassten sich zunächst europäische Konzepte mit der Lepraarbeit, gefolgt von späteren internationalen. Dadurch ist und war die Lepra, nicht nur in Ostafrika, immer wieder Gegenstand der Forschung in den unterschiedlichsten Bereichen. Zunächst soll ein kurzer Überblick über die für diese Studie relevanten Forschungsstand gegeben werden, um darauf basierend die Zielsetzung der Arbeit darstellen zu können.

Forschungsstand

Betrachtet man den aktuellen Stand der Forschung, lassen sich zunächst grundlegende Werke zur Kolonialmedizin, Missionsmedizin und Gesundheitsversorgung in Ostafrika finden. David F. CLYDE, Malariaspezialist in der britischen Medizinalverwaltung, und die amerikanische Historikerin Ann BECK verfassten in den 1960er und 1970er Jahren Standardwerke zur Medizingeschichte Ostafrikas. Diese entsprachen den zeittypischen Fragestellungen, die vor allem wissenschafts- und verwaltungsgeschichtliche Ansätze verfolgten. Man beschäftigte sich unter anderem mit den Strukturen der Medizinalverwaltung, der Organisation der Ärzteschaft, dem Aufbau von Krankenhäusern und der Ausbildung des Gesundheitspersonals – also im Sinne der Basis für Medizin in kolonialen Gebieten. CLYDE verfasste 1962 mit „History of the Medical Services

¹ Vgl. WHO (2010) S. 338.

of Tanganyika“ die erste Monographie zur Medizingeschichte Tanzanias. Dabei stellte er den Verlauf der Etablierung europäischer Medizin dar, wobei er sich gleichzeitig mit den Biographien der hierfür bedeutendsten Personen befasste. Durch BECK erfolgte die Darstellung der Medizingeschichte für die britischen und deutschen Kolonialgebiete Ostafrikas. Die Monographie „A History of British Medical Administration of East Africa, 1900-1950“ von 1970 sowie „A history of medicine and health services in Kenya (1900-1950)“ aus dem Jahr 1974 beschäftigen sich mit den Strukturen der britischen Kolonialmedizin, während sie neben politischen Konzepten verschiedener Epochen und deren Veränderungen durch unterschiedliche Einflüsse auch auf die Interaktionen zwischen Ärzten des Governments, Missionsärzten und traditioneller Medizin eingehen. 1977 beschäftigte sie sich in ihrer Monographie „Medicine and Society in Tanganyika, 1890-1930: A Historical Inquiry“ ebenfalls mit diesen Themen, wobei der Schwerpunkt in der deutschen Kolonialherrschaft liegt. Speziell geht sie hierbei auf die deutschen Bekämpfungsstrategien im Zusammenhang mit Malaria und Schlafkrankheit ein. Wolfgang U. ECKART betrachtete 1997 in „Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945“ nach diesen Gesichtspunkten die Gesundheitsversorgung, Kolonial- und Missionsmedizin in allen deutschen Kolonien. Der Afrikahistoriker John ILIFFE gab 1998 in der Monographie „East African doctors: a history of modern profession“ eine historische Darstellung über die Organisation der Ärzteschaft in Tanzania, Uganda und Kenya beginnend im Jahr 1870, die neben seinen zahlreichen anderen Publikationen besonders bedeutend für die Medizinhistoriker ist, da es sich um eine einzigartige kollektive Biographie über afrikanische Ärzte handelt.

Wenn es darum geht, eine Krankheit als Teil der Geschichte von Kolonialmedizin, Missionsmedizin und Gesundheitsversorgung in Ostafrika genauer zu betrachten, findet man nur wenige Autoren, die sich dabei mit der Lepra befassen. Bereits 1990 erschien mit Wolfgang U. ECKARTs „Leprabekämpfung und Aussätzigenfürsorge in den afrikanischen ‚Schutzgebieten‘ des Zweiten Deutschen Kaiserreichs, 1884-1914“ eine Monographie, die die verschiedenen Strategien und Phasen der deutschen Lepraarbeit darstellt. Diese basiert auf der Auswertung zeitgenössischer Publikationen und Archivalien. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf Beiträgen deutscher Stabsärzte zur Lepra in den „Medizinalberichten der deutschen Schutzgebiete“ 1903/04 bis 1911/12. Im Hinblick auf

die ostafrikanische Kolonie legte er Otto PEIPERS Monographie „Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika“ von 1913 zu Grunde, der als einer der deutschen Stabsärzte als Vorreiter in der Etablierung der deutschen Leprabekämpfungsmaßnahmen gilt. Für die britischen Gebiete Ostafrikas lässt sich im Zusammenhang mit Lepraarbeit lediglich die 1989 erschienene Monographie „The history of leprosy in Tanzania“ des dänischen Arztes Knud BALSLEV ausfindig machen. Dieser gibt einen Überblick zur Leprafürsorge in Tanzania beginnend mit der deutschen Zeit bis zum Ende der 1970er Jahre. Die Arbeiten von ECKART und BALSLEV ordnen die deutsche Lepraarbeit als Teil der Kolonialverwaltung, der Tropenmedizin, der ärztlichen Tätigkeit und der Missionsmedizin in die allgemeine Geschichtswissenschaft zur Gesundheitsversorgung und Medizin in den ostafrikanischen Kolonien ein. Es lassen sich keine weiteren Publikationen ausfindig machen, die sich in ähnlicher Art und Weise mit den verschiedenen Epochen der Lepraarbeit in Ostafrika befassen.

Betrachtet man die Geschichte von Infektionskrankheiten, lassen sich zahlreiche Beiträge finden, wo es um die Erforschung und Bekämpfung dieser in Ostafrika geht. Forscher beschäftigten sich hierbei vor allem mit Krankheiten wie Pocken, Schlafkrankheit und Malaria – Lepra in Ostafrika hingegen findet in diesem Zusammenhang weniger Aufmerksamkeit. Das kann durchaus darin begründet sein, dass die Lepra nicht zu den dringendsten medizinischen Herausforderungen für die Kolonialmedizin zählte, sondern andere Gesundheitsprobleme, die immer wieder zahlreiche Todesopfer forderten, durchaus von größerem Interesse für die Forschung waren.

Die Untersuchung der Lepraarbeit im Grundgerüst kolonialer Gesundheitsversorgung allein ist jedoch nicht ausreichend, um einer umfassenden Darstellung des Gesundheitsproblems vollends gerecht zu werden. Die Medizingeschichte stellt heute vielmehr „(...) ein heterogenes Feld einer geistes-, kultur-, sozialwissenschaftlichen aber auch politischen Auseinandersetzung mit der Medizin, ihren Grundlagen und ihren konkreten Rahmenbedingungen im jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten“ dar.² Durch die Öffnung der Geschichtswissenschaft hin zur Sozialwissenschaft ergaben sich neue Fragestellungen auch für Medizinhistoriker. In diesem Zusammenhang ist als ak-

² ECKART; JÜTTE (2007) S. 10.

tuelle Untersuchung zur Kolonial-, Missionsmedizin und Gesundheitsversorgung in Ostafrika die Monographie „Medizin zwischen den Welten: Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania“ von Walter BRUCHHAUSEN zu nennen. Diese Studie von 2006 hat ihren Schwerpunkt vor allem auf ethnomedizinischen Aspekten. Neben der afrikanischen Seite der Medizinpraxis in Tanzania werden auch die Veränderungen des einheimischen Umgangs mit Krankheit durch die Einflüsse kolonialer Medizin betrachtet. Anhand der Gesundheit von Mutter und Kind sowie der Bekämpfung von Pocken, Frambösie und Ankylostomiasis werden die Auswirkungen europäischer Gesundheitsmaßnahmen im Zusammenhang mit einheimischen Vorstellungen, Praktiken als auch Institutionen zur Gesunderhaltung und Krankheitsheilung dargestellt. Lepra bekommt hier keine gesonderte Aufmerksamkeit. Kurze Erwähnungen zur Geschichte sozialer Prozesse im Zusammenhang der Lepraarbeit in Ostafrika lassen sich in ECKARTs Studie von 1990 und BALSLEVs Arbeit aus dem Jahr 1989 finden sowie in einem Aufsatz Robert HENNESSYs 1956. Der einstige Direktor des Medical Services in Uganda, spricht in „Some Social Effects of Tropical Medicine within the Commonwealth“ bereits die sozialen, sowie positiven und negativen Einflüsse der europäischen Medizin in Ostafrika auf die afrikanische Bevölkerung an. Dabei beschreibt er unter anderem den Vertrauensgewinn in europäische Medizin durch die Durchführung chirurgischer Eingriffe oder die Problematik der „Spritzengläubigkeit“ aufgrund der Heilung von Syphilis durch Injektionen. Auch zur Lepraarbeit äußert er sich in einem kurzen Abschnitt und verweist darauf, dass die Entwicklungen der Leprabehandlung und -kontrolle in den letzten Jahren die soziale Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Erkrankung verändert hätten, ohne weiter darauf einzugehen.³

Lepra ist nicht nur eine Infektionskrankheit, sondern kann auch als eine chronisch verlaufende Krankheit gesehen werden. Das stellte bereits die Kolonial- und Missionsmedizin vor Probleme, mit denen man sich zwangsweise auseinandersetzen musste. Zu dieser Problematik lässt sich keine Publikation aus Ostafrika finden, lediglich eine Studie Zachary GUSSOWs aus dem U.S.-amerikanischen Lepraheim Carville. In seinem Aufsatz 1964 „Behavioral research in chronic disease: A study of leprosy“ stellt er die sozia-

³ GUSSOW (1956) S. 334 ff.

len Schwierigkeiten dar, die die Diagnose und das Leben mit der chronischen Erkrankung für Leprakranke zur Folge hatten.

In der Darstellung von Lepra und Lepraarbeit bekommt auch der Zusammenhang zwischen Kirche und der Erkrankung Aufmerksamkeit. Gegenstand von Untersuchungen hierbei ist oftmals, ob der in der Bibel bezeichnete „Aussatz“ mit Lepra gleichzusetzen ist. Dieser Zusammenhang wurde oft als Ursache für die Stigmatisierung Leprakranker angesehen. Bereits 1970 versuchte Zachary GUSSOW in „Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries“ aufzuzeigen, was Lepra zu einer besonderen Erkrankung macht und warum sie so stark mit Stigmatisierung einhergeht. Gleichzeitig war die Gesundheitsfürsorge christlicher Missionen in den Kolonien außerordentlich bedeutend. Neben ECKART der 1990 auf die Rolle der Missionen in der Leprabekämpfung für Deutsch-Ostafrika einging, beschäftigte sich auch der britische Historiker Michael WORBOYS 2001 mit diesen Zusammenhängen. In seinem Beitrag „The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940“ zeigt er anhand der *British Empire Leprosy Relief Association (BELRA)*, wie wichtig die Einbindung nicht-staatlicher Organisationen in die Gesundheitsversorgung der Kolonien war und wie eng Missionsmedizin und die Verbreitung des christlichen Glaubens zueinander stehen. Inwiefern das für die Lepraarbeit speziell in Ostafrika relevant war, bleibt noch zu untersuchen.

Als einer der jüngeren Beiträge ist für die Geschichte von Lepra zum einen Rod EDMONDS Monographie „Leprosy and Empire. A medical and cultural history“ von 2006 zu nennen. EDMOND bezieht sich hier auf verschiedene Aspekte zur Lepra im gesamten Empire, ohne dabei gesondert auf die ostafrikanischen Kolonien einzugehen. In seiner Studie geht es vor allem darum, wie sich die Meinung britischer Wissenschaftler zur Infektionslehre der Lepra wandelte, wie daraufhin europäische Ärzte und Administratoren die Erkrankung nach außen hin darstellten und die Leprabekämpfung organisierten. Außerdem spricht er kurz die Folgen der britischen Lepraarbeit an, wie beispielsweise die wachsende Angst der gesunden Bevölkerung vor Leprakranken durch die Isolation dieser in Lepraheimen. Zum anderen ist die Würzburger Dissertation Reinaldo Guilherme BECHLERS „Leprabekämpfung und Zwangsisolierung im ausgehenden 19. und frü-

hen 20. Jahrhundert: wissenschaftliche Diskussion und institutionelle Praxis“ aus dem Jahr 2009 erwähnenswert. BECHLER erörtert hier die Entstehung des Konzepts der Zwangsisolation Ende des 19. Jahrhunderts und geht darauf ein, welche Rolle Wissenschaftler wie HANSEN und KOCH dabei spielten. Außerdem gibt er eine Übersicht über die Strukturen der Lepraarbeit in Brasilien. Während er das norwegische und deutsche Konzept der Lepraarbeit vergleicht, wird lediglich auf Togo als deutsche Kolonie auf dem afrikanischen Kontinent eingegangen. Als Grundlage hierfür dient fast ausschließlich ECKARTs Monographie von 1990.

Zielsetzung der Studie

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass sich durch die Betrachtung der „Geschichte der Lepraarbeit in Ostafrika – ein Vergleich der Entwicklung in Tanzania, Uganda und Kenya“ aussagekräftige Informationen finden lassen, die Forschungslücken in der Geschichte der Kolonial-, Missionsmedizin und Gesundheitsversorgung Ostafrikas und der Geschichte der Lepra schließen.

Stärker als in bisherigen Forschungen zur Lepra in Ostafrika soll in dieser Studie die Frage nach den betroffenen Menschen gestellt werden. Andere Arbeiten wie jene von ECKART und BALSLEV legen ihren Schwerpunkt lediglich auf den wissenschafts- und strukturgeschichtlichen Abriss der Lepraarbeit in Ostafrika. Im Gegensatz zu diesen Arbeiten wird die hier vorgelegte Studie neben anthropologischen Ansätzen das Hauptaugenmerk auf die Betrachtung der Lepraarbeit im sozialhistorischen Sinne legen. Dabei werden die jeweiligen kulturellen, politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten in Ostafrika berücksichtigt und Patienten, Ärzte, Familien und soziale Gruppen in die Auswertung mit einbezogen. Es ist zu erörtern, wie die einheimische Bevölkerung mit der Erkrankung umging, welche sozialen und medizinischen Schwierigkeiten und Herausforderungen die Eindämmung der Krankheit erschwerten und welche Maßnahmen seitens der Europäer und der einheimischen Bevölkerung akzeptiert, toleriert oder missachtet wurden.

Ebenfalls wird es ergänzend zu den Ergebnissen von CLYDE, BECK, ECKART und BALSLEV, sowie einem kurzen Blick auf epidemiologische Daten, auch um die Ideen- und Konzeptgeschichte der Lepraarbeit in Ostafrika gehen. Es soll geklärt werden, welche Maßnahmen zur Leprabekämpfung von staatlicher Seite ergriffen wurden und inwiefern Missionen und nichtstaatliche Organisationen dabei mitwirkten. Wie medizinhistorisch üblich, sollen die Leprabekämpfungsstrategien nicht aus heutiger medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive, sondern im Kontext der jeweiligen historischen Situation und unter Berücksichtigung des „soziokulturellen Geistesklimas“ der jeweiligen Zeit⁴ bewertet werden. Gleichzeitig sollen, durch die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Erfahrungen aus der Vergangenheit, neue Grundlagen zur heutigen Diskussion über die Erkrankung erarbeitet werden. Das kann durchaus helfen, sensibler für bestimmte Situationen und Probleme im Rahmen aktueller Projekte zu werden. Die Monographie BALSLEVs 1989 war beispielsweise eine Reaktion darauf, dass er selbst historische Informationen zur Lepra in Tanzania während seiner dortigen Arbeit mit Leprakranken von 1970 bis 1986 vermisste. Daraus resultierende Erkenntnisse können als Grundlage neuer Ansätze genutzt werden. Gleichzeitig bleibt zu untersuchen, welche Prozesse dazu geführt haben, dass die Lepraprogramme in Tanzania, Uganda und Kenya ihre heutige Form gewonnen haben.

Ansätze und Theorien, Quellen und Methoden

Da es keine Dokumentation in der vorkolonialen Medizin gab, genauso wenig wie offizielle Berichte, kann die Auswertung der Lepraarbeit in Ostafrika erst mit Ankunft der Europäer und der damit verbundenen zeitgenössischen Publikationen erfolgen. In dieser Studie zur Bekämpfung der Lepra in den drei großen ostafrikanischen Ländern Tanzania, Kenya und Uganda wird ein Zeitraum erfasst, der mit der Kongokonferenz im Jahr 1884 beginnt und mit der Einführung der Nationalen Tuberkulose- und Leprabekämpfungsprogramme in Tanzania 1970, Kenya 1980 und Uganda 1988 enden wird. Der gewählte Zeitraum von etwa 100 Jahren macht es notwendig, sich auf eine Auswahl bestimmter Quellen zu beschränken und diese in chronologischer Reihenfolge der jeweiligen Epochen auszuwerten. Für die vorliegende Studie bedeutet das eine zeitliche

⁴ ECKART; JÜTTE (2007) S. 14.

Aufteilung entsprechend der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg, zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg, der Nachkriegszeit, der Ära der Sulphone sowie der Zeit nach der Unabhängigkeit. In diesem Zusammenhang dient die Darstellung der wichtigsten entwicklungspolitischen Ereignisse des jeweils betrachteten Zeitabschnitts dem besseren Verständnis, um auch die Lepraarbeit in ein Gesamtbild einordnen zu können.

Um den Einstieg in das Thema zu erleichtern, soll in einem ersten Abschnitt die Erkrankung Lepra vorgestellt werden. Das wird neben Fakten zur Epidemiologie, Klinik und Diagnose einen kurzen Exkurs über die Lehren der Krankheitsentstehung, vor allem im 19. Jahrhundert, beinhalten. Ebenso sollen die für den Zeitraum der Studie relevanten zur Verfügung stehenden bekanntesten Mittel zur Behandlung der Lepra vorgestellt werden.

Ebenso grundlegend wie die eben genannten Fakten zur Erkrankung ist die Darstellung des Umgangs mit Lepra seitens der afrikanischen Bevölkerung, bevor sich europäische Bekämpfungsstrategien in Ostafrika entwickelten. Das bildet ja unter anderem die Grundlage dafür, inwiefern sich die späteren kolonialen Bekämpfungsstrategien etablierten und auf soziale Strukturen auswirkten. Da sich hierzu schriftliche Quellen aus dieser Zeit – falls überhaupt möglich – nicht finden ließen, wurden Berichte aus kolonialer Zeit heran gezogen. Während die deutschen Zeugnisse hier vor allem den Beiträgen PEIPERs und anderer deutscher Ärzte in den Medizinalberichten Deutsch-Ostafrikas entsprechen, wurden für die britischen Gebiete Verweise in Aufsätzen, vor allem der führenden Leprologen, herangezogen.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen kann die Betrachtung der Lepraarbeit in Ostafrika erfolgen. In der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg stellt sich, aufgrund der deutschen und britischen Kolonien, die Quellenlage hierzu völlig unterschiedlich dar. Für die deutsche Zeit in Tanzania waren durch ECKARTs Monographie 1990 die wesentlichen Quellen für die deutschen Leprabekämpfungsmaßnahmen zwar weitestgehend bekannt, wurden aber unter Berücksichtigung seiner Ergebnisse erneut ausgewertet. Dabei handelt es sich vor allem um die Beiträge deutscher Ärzte in den „Medizinalberichten der deutschen Schutzgebiete“ 1903/04 bis 1911/12 sowie PEIPERs Monographie über die Lep-

rabekämpfung von 1913. Die Strukturen der Bekämpfungsstrategien sowie die Organisation von Lepraheimen und -dörfern werden im Zusammenhang mit den Reaktionen der afrikanischen Bevölkerung auf diese Maßnahmen betrachtet. Das umfasst soziale Probleme der Isolation genauso wie die Auswirkungen auf den Umgang der Bevölkerung mit Erkrankten und der Krankheit selbst. Für die britische Zeit vor dem Ersten Weltkrieg basiert die Studie hauptsächlich auf der Auswertung des „Journal of Tropical Medicine“ und den darin veröffentlichten Aufsätzen zur Lepra sowie den „Colonial Medical Reports 1900, 1906, 1908“. Im Gegensatz zu den deutschen Medizinalberichten nahm in den eingesehenen britischen Äquivalenten die Auseinandersetzung mit Lepra nur wenig Raum ein, weshalb auf die weitere Recherche in diesen Reports verzichtet wurde. Es ist davon auszugehen, dass sich hier zukünftig Ansatzpunkte für weitere Forschungen ergeben können. Aus diesen Ergebnissen soll schließlich das deutsche und britische Konzept verglichen werden.

Für die folgenden Epochen kann die Recherche für alle drei Länder Ostafrikas auf der Basis gleicher Materialien erfolgen. Mit Ende des Ersten Weltkrieges wird aus der deutschen Kolonie Deutsch-Ostafrika (ohne Rwanda und Burundi) das britische Tanganyika Territory. Von da an gehören die Gebiete der heutigen Staaten Uganda, Kenya und Tanzania zum Empire. Durch BALSLEVs Arbeit 1989 zur Lepraarbeit in Tanzania ließen sich Ausgangspunkte zur weiteren Literaturrecherche finden. Es wurden die Beiträge der Periodika „Leprosy Review“, „International Journal of Leprosy [and other mycobacterial diseases]“, „East African Medical Journal“, „Tropical Diseases Bulletin“, „Journal of Tropical Medicine“ zu bestimmten Themenbereichen erfasst. Diese umfassten unter anderem Lepra und Tropenmedizin in Ostafrika, britische Leprabekämpfungsstrategien im Empire und Aufsätze der britischen Medical Officers in Ostafrika, des medizinischen Personals in Lepraheimen und -dörfern sowie der britischen Lepraspezialisten⁵. In verschiedenen Online-Katalogen im Zusammenhang mit dem Karlsruher Virtuellen Katalog und diversen Datenbanken⁶ wurde nochmals nach den Autoren dieser Aufsätze und entsprechenden Schlagwörtern gesucht, um so weitere medizinische Monographien und Beiträge in weiteren Zeitschriften ausfindig zu machen.

⁵ Hier sind unter anderem gemeint: Robert COCHRANE, Sir Leonard ROGERS, James R. INNES, Ernest MUIR, J. A. Kinnear BROWN, Stanley G. BROWNE, Leonard E. S. SHARP, Harold W. WHEATE.

⁶ Beispielsweise in EBSCO Host, Project MUSE, JSTOR, Web of Science, PubMedCentral.

Die Darstellung der Strukturen der britischen Bekämpfungsmaßnahmen zwischen dem Ersten und Zweiten Weltkrieg wird durch die inhaltliche Auswertung des gesammelten Materials nach sozialwissenschaftlichen und anthropologischen Aspekten ergänzt. Dementsprechend soll der Blick auch auf soziale Probleme der britischen Lepraarbeit gerichtet werden. Es ist zu untersuchen, ob es hinsichtlich dieser Besonderheiten in Uganda, Kenya und Tanzania gab. Für Letzteres ist dies schon allein aufgrund des Wechsels der Kolonialmacht mit Ende des Ersten Weltkrieges der Fall. Dabei bleibt zu erörtern, inwiefern sich die Lepraarbeit in Tanganyika daraufhin veränderte und welche Bedeutung die früheren deutschen Bekämpfungsstrategien für das neue britische Konzept im Land hatten.

Ein weiterer Abschnitt der Studie beschäftigt sich mit der Lepraarbeit nach Ende des Zweiten Weltkrieges. Dieser Abschnitt wurde gewählt, da sich mit der Entdeckung der Wirksamkeit der Sulfone gegen Lepra Mitte der 1940er Jahre die Lepraarbeit erneut wandeln sollte. Es ist zu untersuchen, was genau das für die ostafrikanischen Länder und die Bevölkerung bedeutete, welche neuen Herausforderungen sich dadurch für medizinisches Personal ergaben und wie man sich diesen schließlich stellte.

Einen letzten Abschnitt der chronologischen Abfolge zur Lepraarbeit in Ostafrika leitet die Unabhängigkeit der Länder in den 1960er Jahren ein. Ein kurzer Überblick über epidemiologische Fakten zur Lepra und die Konzepte in Uganda, Kenya und Tanzania dient als Ausgangspunkt, um die weiteren Veränderungen der Leprabekämpfungsstrategien darstellen zu können, die schließlich in den Nationalen Tuberkulose- und Lepra-programmen der Länder endeten. In diesem Zusammenhang wird anschließend die Ursache für den erneuten Wandel zu untersuchen sein. Nicht zu vergessen ist hier die Arbeit der *Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW)* seit 1958, die später auch als Gründungsmitglied der *International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP)* bis heute die Lepraarbeit in Ostafrika koordiniert. In der *DAHW*-Zentrale und im *DAHW*-Archiv in Würzburg ließen sich Erfahrungsberichte von den ersten Projekten in Ostafrika bis hin zu heute aktuellen Programmen ausfindig machen. Hier mussten bei der Vielzahl an Material Schwerpunkte gesetzt werden. Zum einen liegen diese auf Reiseberichten der *DAHW* Mitarbeiter, weil sich aus diesen zahlreiche persönliche Eindrücke und

Meinungsbilder von den Projekten vor Ort ergeben. Auch wenn es sich dabei um Momentaufnahmen handelt, wird die Interaktion zwischen afrikanischer Bevölkerung und den Projektverantwortlichen deutlich, was wertvolle Erkenntnisse für den sozialhistorischen Anteil der Studie bot. Zum anderen lag der Fokus auf Langzeitprojekten sowie den Lepraheimen und -siedlungen, die man bereits aus kolonialer Zeit kannte, um so den chronologischen Ablauf und Ergebnisse der Lepraarbeit nachvollziehen zu können. Durch die Möglichkeiten der Recherche im von der *DAHW* im Jahr 2010 genutzten Datenerfassungsprogramm PROMIS III konnten Budgetinformationen zu *Medizinisch-sozialen Projekten (MSP)* sowie dazugehörige Informationen zu Hilfsleistungen und Zielstellungen gewonnen werden. Sämtliche Akten im Archiv in Würzburg sind weder nummeriert noch paginiert, was die Erschließung des Materials erschwert. Ein Zugang ist nur über die geographische Zugehörigkeit bzw. über die MSP-Nummer möglich. In der Auswertung weiterer Archivmaterialien könnten sich mehrere Ausgangspunkte für Forschungen finden lassen.

Im Sinne der Studie endet die Darstellung der Lepraarbeit der jeweiligen Epochen in Tanzania, Uganda und Kenya mit der Einführung der *NTLPs*. Daher darf ein Überblick über die Grundstruktur dieser nicht fehlen. Gleichzeitig wirft dieser Endpunkt neue Fragestellungen zur Leprabekämpfung in Ostafrika auf. Das heißt, es wird zu untersuchen sein, inwiefern sich die Erfahrungen kolonialer Lepraarbeit auf die späteren nationalen Programme auswirkten, diese beeinflussten oder sogar den Weg für die gesundheitspolitischen Entwicklungen ebneten. Außerdem soll gezeigt werden, ob konzeptionellen Veränderungen in der Struktur von Gesundheitsprogrammen in Ostafrika auch die Lepraarbeit beeinflussten.

Betrachtet man die Monographien zur Medizingeschichte oder auch zur kolonialen Lepraarbeit in Ostafrika wird immer wieder deutlich, dass hier die Missionen einen großen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisteten. Die Verweise, die sich in diesem Zusammenhang in den für die Studie recherchierten Materialien finden lassen, sollen daher in einem eigenen Kapitel dargestellt werden. Ansatzpunkte hierfür sollen beispielsweise Fragestellungen sein, warum und wie Missionen in den deutschen und britischen Bekämpfungsmaßnahmen der Lepra involviert waren, welche Aufgaben übernommen wur-

den, wie die Interaktion zwischen ihnen und der staatlichen Fürsorge war und welche Veränderungen die Unabhängigkeit oder Einführung nationaler Programme auf ihre Arbeit hatten.

Bis heute wirkt die Lepra auf viele Menschen erschreckend. Das ist in Vorurteilen der Gesellschaft und auch dem oftmals schweren klinischen Erscheinungsbild der Erkrankung begründet. Damit sind soziale Folgen, Stigmatisierung, aber auch Rehabilitation, nicht nur im physischen Sinne, mittlerweile wichtige Bestandteile in der Lepraarbeit. In einem letzten Abschnitt der Studie soll es darum gehen, ob diese Themen bereits zur Kolonialzeit für Betroffene und Angehörige eine wichtige Rolle spielten oder ob sich dieses Bewusstsein erst im Laufe des letzten Jahrhunderts entwickelte. Falls dem so ist, soll versucht werden eine Antwort darauf zu finden, warum Lepraarbeit schließlich mehr wurde, als nur die Isolation Leprakranker.

2. Lepra – ein Public Health Problem

Auf der Weltgesundheitsversammlung 1991 wurde der Beschluss verabschiedet, die Lepra im Jahr 2000 als *Public Health Problem* eliminiert zu haben, was mit einer Prävalenz von weniger als einem Fall pro 10.000 Einwohner definiert ist.⁷ Diese Prävalenzangabe wurde von der *World Health Organization (WHO)* gewählt, da ein Wiederaufleben der Erkrankung dann sehr unwahrscheinlich ist und somit eine Tendenz des Aussterbens besteht. In vielen Ländern wurde dieses Ziel bis zum Jahr 2000 nicht erreicht, woraufhin die *WHO* mit der *Final Push Strategy*⁸ sich dieses erneut für das Jahr 2005 setzte. Fortgesetzt wurde dieses Programm 2006 bis 2010 durch die *Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities*.⁹ Schwerpunkte der Strategie lagen dabei auf der Früherkennung der Erkrankung, der Behandlung, der Prävention von Behinderungen und der Rehabilitation Leprakranker. Dabei sollte gleichzeitig die Nutzung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten für Erkrankte in den endemischen Ländern verbessert und weiterhin unkompliziert zugänglich gemacht werden. Anfang 2007 erreichte Tanzania, als letztes der drei hier zu betrachtenden Länder Ostafrikas, das laut Definition der *WHO* gesetzte Ziel der Elimination der Lepra erstmals.¹⁰ Mit der *Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy*¹¹ wird für den Zeitraum 2011 bis 2015 unter anderem versucht, einen noch schnelleren Therapiebeginn der Lepra durch die Bereitstellung von Medikamenten in möglichst allen Public Health Centres endemischer Gebiete zu gewährleisten. Auch die Zahlen der durch Lepra verursachten Behinderungen sollen durch frühzeitige Erkennung der Erkrankung gesenkt werden.

Die *WHO* gibt für die Lepra zu Beginn des Jahres 2010 weltweit (europäische Region nicht erfasst) eine registrierte Prävalenz von 211.903 Fällen an, 120.456 davon in Süd-Ost-Asien, 43.370 in Amerika, 30.947 in Afrika, im Westpazifik 8.635 und 8.495 Fälle im östlichen Mittelmeerraum. Im Jahr 2009 wurden in Uganda 346 Fälle registriert, in Kenya 157 Fälle und in Tanzania 2.654 Fälle.¹²

⁷ WHO (2009a).

⁸ www.who.int/lep/strategy/en.

⁹ Vgl. WHO (2005).

¹⁰ WHO (2007) S. 226 ff.

¹¹ Vgl. WHO (2009b).

¹² WHO (2010) S. 338.

Die Zahl jährlich neu entdeckter Leprafälle weltweit sinkt stetig. Während man im Jahr 2001 insgesamt 763.262 neu entdeckte Leprafälle registrierte¹³, zählte man 2006 265.661 Fälle und im Jahr 2009 244.796. Es fällt jedoch auf, dass nach einer anfänglichen rapiden Abnahme der Zahlen Leprakranker, diese seit 2006 nur noch moderat abfallen.¹⁴ Daher müssen die nationalen und internationalen Leprabekämpfungsprogramme weiterhin energisch fortgesetzt werden, um ein erneutes Aufflammen der Erkrankung zu verhindern. Nicht zu vernachlässigen ist im Rahmen dessen auch die Dunkelziffer Leprakranker sowie die Zahl der durch Lepra bedingten Behinderten. Diese wird weltweit auf zwei bis vier Millionen geschätzt¹⁵ – bei einer Krankheit, die durch eine Kombinationstherapie verschiedener Antibiotika im Grunde heilbar ist.

2.1. Klinik der Lepra

Der Erreger *Mycobacterium leprae* zählt, ebenso wie der Erreger der Tuberkulose, zu den Mykobakterien. Im Gegensatz zu einem weit verbreiteten Klischee ist Lepra keine hochkontagiöse Erkrankung. Vielmehr kann sie nur bei massiver und lang anhaltender Exposition übertragen werden. Durch Tröpfcheninfektion aus Nase und Mund von unbehandelten Erkrankten dringen Mykobakterien über die Nasenschleimhaut der exponierten Personen ein und gelangen durch hämatogene Streuung zu den peripheren Nerven und der Haut. Lepraerreger können einige Tage in ihrer Umgebung überleben, weshalb ein enges Zusammenleben die sonst eher niedrige Chance auf eine Infektion erhöht.¹⁶ Mit einer Inkubationszeit von mehreren Jahren ist ein Verlauf in drei verschiedenen klinischen Formen möglich.

Klinische Formen der Lepra

Die tuberkuloide, paucibacilläre Lepra, welche vor allem die peripheren Nerven und die Haut schädigt, stellt wohl das in der breiten Bevölkerung meist bekannte klinische Bild dar, das durch Polyneuropathien und in Folge dieser durch schmerzlose Verstümmelung

¹³ WHO (2008) S. 294.

¹⁴ WHO (2010) S. 338 f.

¹⁵ <http://www.dahw.de/aktuelles/news/lepra-die-aelteste-krankheit-der-welt-ist-auch-heute-noch-aktuell>.

¹⁶ EDDLESTON; DAVIDSON; BRENT; WILKINSON (2008).

der Extremitäten gekennzeichnet ist. Gerade diese enorm erschreckenden und grauenvollen Verstümmelungen an Händen und Füßen stellen bis heute ein erhebliches gesundheitliches und soziales Problem dar. Typisch für die tuberkuloide Lepra sind außerdem hypopigmentierte schmerzlose Hautareale. Tatsächlich handelt es sich bei dieser Form um die benignere, die mit besseren Heilungstendenzen einhergeht, sofern eine medikamentöse Therapie zugänglich ist.

Die lepromatöse, multibacilläre Lepra ist durch einen aggressiven Verlauf gekennzeichnet, da es neben knotenartigen Hautschwellungen und -verdickungen, die man im Gesicht auch als *Facies leontina*, Löwenkopf, bezeichnet, zu Ablagerungen an inneren Organen wie Leber, Niere, Nebenniere, Hoden und auch Augen kommen kann. Erblindung und Amyloidosen können die Folge sein.

Die dritte Form, die Borderline-Lepra, bezeichnet die zahlreichen Übergangsformen zwischen den beiden erstgenannten.¹⁷ Nach heutigen Erkenntnissen ist sowohl die Infektion als auch die Ausprägung des klinischen Bildes von der Immunreaktion der infizierten Person abhängig. Da Lepra sich meist unter ärmlichen Bedingungen ausbreitet, scheinen unzulängliche persönliche Hygiene und Immunitätsdefizite ausschlaggebende Faktoren darzustellen.¹⁸

Diagnose der Lepra

Die Diagnose Lepra kann durch eine klinische Untersuchung gestellt werden. Die typischen Hautläsionen, meist in Form von Plaques oder Macula, welche mit Hyposensibilität einhergehen, sowie Hautverdickungen ohne Sensibilitätsverlust geben Hinweise auf eine Infektion. In Hautabstrichen können Mykobakterien nachgewiesen werden.

2.2. Lehren der Lepraentstehung in frühen Zeiten

Lepra ist eine Krankheit, die schon seit mehr als zwei Jahrtausenden für die Menschheit eine Rolle spielt. Namentlich wird sie auch als Hansensche Krankheit, Hanseniasis oder

¹⁷ HOF; DÖRRIES (2005) S. 359 ff., DOERR (1948) passim.

¹⁸ LANG; LÖSCHER (2000) S. 266.

Morbus Hansen bezeichnet. In der Vergangenheit setzte man auch den bereits in der Bibel als Strafe Gottes bezeichneten „Aussatz“ mit der Hansenschen Krankheit gleich.¹⁹ Leprakranke waren in der Gesellschaft ausgegrenzt und gefürchtet. In der Humoralpathologie verstand man die Erkrankung auch als Dyskrasie von Körpersäften. Erst mit der Entdeckung des *Mycobacterium leprae* wurde 1873 von Gerhard H. Armauer HANSEN die Frage der Übertragung von Lepra geklärt.²⁰ Noch im 19. Jahrhundert gab es zahlreiche Theorien zu Übertragungswegen und Infektionsmöglichkeiten. Zum einen nahm man an, dass falsche Ernährung und Klima ursächlich oder mitbestimmend für die Erkrankung waren. Fische²¹, Schweinefleisch, Mehlspeisen, Gemüse und verunreinigtes Trinkwasser, um nur einige Beispiele zu nennen, sowie Kälte, Wärme, tropisches Klima oder auch hohe Luftfeuchtigkeit wurden als auslösende Faktoren vermutet. Solche Theorien wurden von vielen Seiten unterstützt, gleichzeitig aber auch sachlich widerlegt. So konnte man Kälte und Wärme als auslösende Faktoren widerlegen, denn die Lepra war sowohl in Brasilien als auch in Norwegen, welche durch sehr gegensätzliche klimatische Verhältnisse gekennzeichnet sind, im 19. Jahrhundert endemisch.²² Zum anderen ging man aber auch davon aus, dass Lepra aus der Fehlbehandlung einer Malariaerkrankung hervorging oder nur in Kombination mit der Syphilis auftrat. Die vorherrschende Meinung im 19. Jahrhundert war allerdings, dass die Heredität der wichtigste Faktor für die Entstehung der Lepra sei. Man räumte aber neben der Erblichkeit auch die Möglichkeit der Übertragung durch engen Kontakt zu Leprakranken ein, „(...) wie Koitus, Küsse, gemeinsames Essen mit Leprösen, gemeinsames Benutzen von Kleidern, Pfeifen und Geschirr“.²³

Wie wir heute wissen, kann Lepra eine Inkubationszeit von mehreren Jahren haben. Dies macht es verständlich, dass es zur damaligen Zeit ohne dieses Wissen schon verwunderlich war, dass ein erkrankter Ehepartner den gesunden Ehepartner anscheinend nicht ansteckte oder dass beide erkrankten Eheleute gesunde Nachkommen her-

¹⁹ Drittes Buch Mose (Leviticus), Kap 13 und 14. Heute ist umstritten, ob es sich bei der dort erwähnten Hautkrankheit wirklich um Lepra handelte. Dennoch hält sich diese Einschätzung hartnäckig in der öffentlichen Meinung.

²⁰ LANG; LÖSCHER (2000) S. 267.

²¹ Sogenannte HUTCHINSON'sche Theorie.

²² FREY (1988) S. 28.

²³ FREY (1988) S. 67.

vorbrachten. Solche Überlegungen unterstützten und widerlegten die Haupttheorien der Ansteckung und Vererbung zugleich. Auch „niedrige soziale Verhältnisse“, mangelnde Hygiene und Gemütsbewegungen galten als wichtige Faktoren für die Genese der Lepra. Bei den sozialen Verhältnissen wurden „Armut, Missstände, enge und feuchte Wohnungen, schmutzige und feuchte Kleidung, sozial niedrig geachtete Berufe und harte körperliche Arbeit als begünstigende Umstände in der Verursachung der Lepra angesehen“.²⁴ Im 19. Jahrhundert forderte man zur Prophylaxe der Lepra im Wesentlichen drei Elemente: die Isolation, die Kastration und Eheverbote für Leprakranke. Diese Vorgehensweise erscheint aus heutiger Sicht kaum nachvollziehbar, entsprach jedoch dem damaligen wissenschaftlichen Ansatz.

2.3. Behandlung der Lepra – früher und heute

Im Laufe der Geschichte tauchten immer wieder neue Mittel zur Behandlung der Lepra auf. Deren Vielzahl zeigt, dass man auf verschiedenste Art und Weise versuchte, die Krankheit zu heilen oder zumindest ihre Symptome und Folgeerscheinungen zu lindern.

Neben Metallen wie Gold, Silber, Quecksilber und Kupfer gab es auch zahlreiche Behandlungsversuche mit natürlichen Methoden. Elefantenzähne, Schlangen, Eselurin oder Krokodilsfleisch wurden vor allem in Indien als Heilmittel eingesetzt, aber auch verschiedenste Pflanzen und deren Öle, wie beispielsweise Thymol. Das Heilmittel, von dem man sich im Lauf der Geschichte die größte Wirkung versprochen hatte, war mit Sicherheit das sogenannte Chaulmoograöl – ein Öl, das aus den Samen des *Hydnocarpus Kurzii* Baums gewonnen wird. Das als Antileprol bekannte Medikament, ein Ester der Fettsäure des Chaulmoograöls, sollte 1905 die Behandlung der Lepra revolutionieren. Auch in den ostafrikanischen Ländern wurden während der Kolonialzeit Studien in den Leprosorien zur Wirkung dieses Medikamentes durchgeführt.²⁵

Aber auch andere Medikamente wie Nastin, ein aus dem Leprabacillus gewonnener Stoff, oder 30%ige Jodoform Olivenlösung fanden subcutane, orale oder intravenöse

²⁴ FREY (1988) S. 37.

²⁵ HANSEN (1925) und ARZEROOMTCHI (1957) S. 10 f., ENGEL-BEY (1926) S. 7 ff., HEINEMANN (1924) S. 532 f.

Anwendung. Die sehr häufigen, lang andauernden und schmerzhaften Behandlungen zeigten letztlich jedoch keine Erfolge. Im Medizinalbericht Deutsch-Ostafrikas aus dem Jahr 1906/07 heißt es zur Behandlung eines Leprakranken mit 30%iger Jodoform Olivenlösung: „Der Allgemeinzustand des Kranken ist aber recht mäßig, abgesehen von psychischer Depression durch die Schmerzen der Infiltrate“.²⁶

Mit der Einführung der Sulfone²⁷ in die Therapie der Lepra im Jahre 1947²⁸ konnten erstmals Leprakranke erfolgreich behandelt werden. Dies war mit Sicherheit nicht nur ein Erfolg aus medizinischer Sicht, sondern hatte auch eine gewaltige Bedeutung in psychologischer Hinsicht für die Betroffenen. Da die Behandlungsdauer jedoch mehrere Jahre betrug, wurde die Therapie oft abgebrochen. Um 1960 traten die ersten Resistenzen gegenüber Sulfonen auf, was einen großen Rückschlag in der Bekämpfung der Lepra darstellte. Mit der Entdeckung des Rifampizins und Clofazimins wurde mit einer erfolgversprechenden Kombinationstherapie dieser Medikamente begonnen. Der seit 1982 bis heute kaum veränderte *WHO* Therapiestandard besteht aus einer *Multi-Drug-Therapie (MDT)*, kombiniert aus Dapson, Clofazimin und Rifampizin, für die bis heute nur wenige Resistenzen bekannt sind. Die Behandlung der paucibacillären Lepra umfasst einen Zeitraum von sechs Monaten, die Therapiedauer der multibacillären Form zwölf Monate. In allen endemischen Ländern ist die *MDT* für registrierte Patienten kostenlos zugänglich und wird in sogenannten „blister packs“ an die Betroffenen verteilt, die die jeweilige Dosis für einen Monat je nach Form der Erkrankung erhalten. Die kostenlose Bereitstellung der Medikamente erfolgt seit 1995 durch die *Nippon Foundation* und seit 2000 durch den Pharmakonzern *Novartis* sowie die *Novartis Foundation for Sustainable Development*.²⁹

²⁶ MEDIZINALBERICHT (1906/07) S. 48.

²⁷ Sulfone sind eine Klasse von Verbindungen mit organisch gebundenem Schwefel und Sauerstoff. Der bekannteste Vertreter dieser Gruppe im Rahmen der Leprabehandlung ist das Dapson, auch bekannt als *DDS* (4,4'-Diaminodiphenylsulfon). Der Begriff Sulfone soll für die folgenden Abschnitte als Synonym für Dapson und alle seine chemischen Abkömmlinge gelten.

²⁸ LANG; LÖSCHER (2000) S. 274.

²⁹ WHO (2009a).

3. Die ostafrikanische Bevölkerung und ihr Umgang mit Lepra unter besonderer Berücksichtigung der Zeugnisse kolonialer Zeit

Der Umgang der Bevölkerung Ostafrikas mit dem Problem der Lepra war sehr unterschiedlich. Während es einige Ethnien gab, die Erkrankte mieden, aus der Gemeinschaft ausstießen und damit selbstständig isolierten, gab es andere, für die die Erkrankung keinerlei Bedrohung darzustellen schien und eine Absonderung der Kranken nicht in Betracht gezogen wurde.

3.1. Leben mit Lepra in Deutsch-Ostafrika

Besonders in den Medizinalberichten Deutsch-Ostafrikas wird deutlich, wie die Bevölkerung den Leprakranken zu dieser Zeit gegenüberstand. Die Abbildung 1 zeigt das Vorkommen der Lepra in Deutsch-Ostafrika und ermöglicht die geographische Zuordnung der nachfolgend erwähnten Orte.

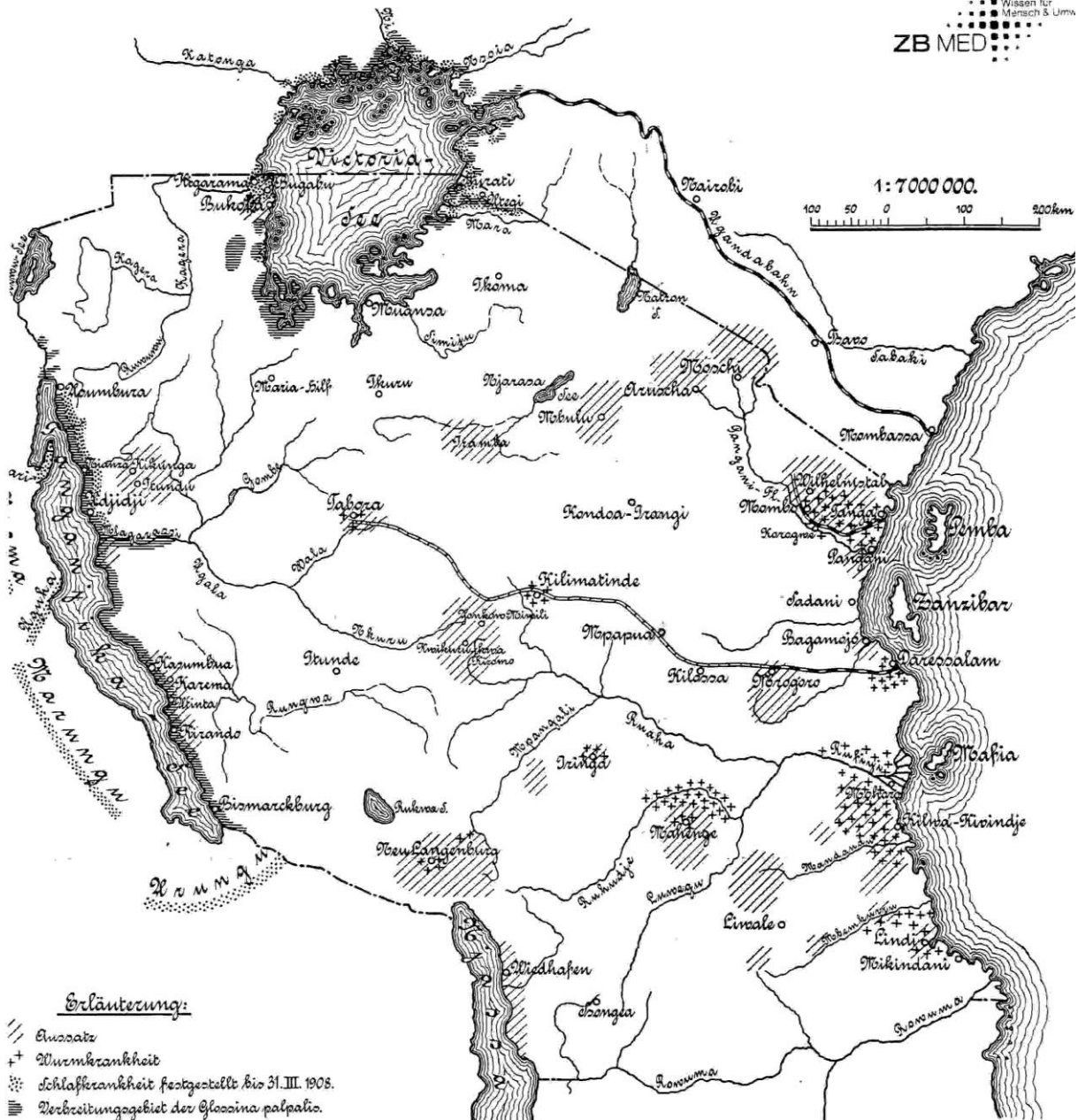


Abbildung 1: Karte zum Vorkommen der Lepra in Deutsch-Ostafrika

Quelle: Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes bzw. Reichs-Kolonialamt, HRSG. Medizinalbericht über die deutschen Schutzgebiete 1907/08, Berlin: Mittler, 1905-1915: Anlage XI

Einige Teile der Bevölkerung glaubten, dass Lepra eine ansteckende Krankheit sei, andere versteckten ihre Leprakranken aus Angst. Der deutsche Oberarzt Richard WOLFF berichtete zum Umgang mit Lepra aus Lindi, dass bei den Wayao „(...) die Leprösen gemieden werden; wenn sie schwerkrank sind, werden sie in den Wald gebracht und ihnen Essen hingestellt; die Hütten der Toten werden verbrannt“.³⁰ Die deutsche Missionsärztin Schwester Dr. STINNESBECK berichtete 1936 aus der Leprasiedlung in Ndanda, Tanganyika, dass dort laut Aussage von Afrikanern die Krankheit schon immer als ansteckend und unheilbar galt und der Kontakt mit Leprakranken stets vermieden wurde. Schon vor der Etablierung des Lepraheimes wurden Kranke mit weit fortgeschrittenem Stadium ausgegrenzt und ihnen eine Hütte abseits ihres Dorfes zugeteilt, die man von außen verriegelte. Die Kranken wurden dort zurückgelassen und verhungerten oder bekamen von Angehörigen Essen gereicht, bis sie es schließlich verweigerten. Wenn man kein Lebenszeichen mehr aus der Hütte vernahm, wurde der Leichnam dort zurückgelassen und verrottete gemeinsam mit der Hütte ohne Bestattung.³¹

In anderen Regionen fürchteten Gesunde die Leprakranken erst, wenn sie in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung waren.³² Der deutsche Regierungsarzt Otto PEIPER schrieb: „(...) April 1908 berichtet Wünn aus Morogoro, daß das Vorkommen der Lepra im Bezirke Morogoro und Ostuluguru im besonderen seit langem bekannt sei, auch die Eingeborenen kennen die Krankheit und zeigen eine gewisse Furcht vor der Ansteckung, die aber nicht bis zur Isolierung der Kranken reicht. Leichtkranke bestreichen sie mit einer scharfen Salbe, um die Hautflecken zum Verschwinden zu bringen. Nur vor den Kranken in späteren Stadien mit offenen Geschwüren fürchten sie sich sehr und isolieren sie“.³³ In Regionen wie Karagwe, Ussuwi und Ostmoporo, wie Stabsarzt Dr. Feldmann im Medizinalbericht 1903/04 berichtete, werden die Leprakranken von Anfang an in besonderen Hütten von den Gesunden isoliert. Des Weiteren schrieb er, dass es merkwürdig sei, dass eine Isolation seitens der Afrikaner nur in diesen Regionen konsequent durchgeführt wurde, obwohl es so scheint, dass man sich der Gefährlichkeit der Erkrankung schon bewusst sei und man kein Mittel zur Behandlung zur Ver-

³⁰ MEDIZINALBERICHT (1909/10) S. 68.

³¹ STINNESBECK (1936a) S. 17 f.

³² Vgl. MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 129, Oberarzt Dr. Schulz berichtet aus dem Bezirk Kilimatinde.

³³ PEIPER (1913) S. 54.

fügung hatte.³⁴ In Kilimatinde fand keinerlei Isolation statt, sondern die Erkrankten lebten auf engstem Raum mit Gesunden. In der Kilimanjaro Region, wo die Krankheit nicht so gehäuft auftrat, wurden die Leprakranken nach dem Tode verbrannt.³⁵ Ansonsten wurden nur einige Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, wie beispielsweise das Benutzen von separatem Geschirr oder die Zuteilung eines bestimmten Bereiches vom gemeinsamen Wohnraum.³⁶

Allerdings gab es auch Regionen, in denen von Seiten der Afrikaner die Kranken zunächst isoliert wurden, die Krankheit später jedoch nicht mehr als Bedrohung angesehen wurde. Grund hierfür war die ursprünglich von Ignoranz geprägte Haltung der Deutschen gegenüber der Lepra sowie die in manchen Bezirken nicht konsequent durchgeführte Isolation der Kranken. NEUBERT, einer der deutschen Stabsärzte, schrieb für den Bezirk Neu Langenburg 1908 dazu: „Anfänglich sollen die hiesigen Eingeborenen ihre Kranken abgesondert haben, allmählich aber gleichgültig dagegen geworden sein, besonders deshalb, weil, wie sie sagen, die Europäer sich in früheren Jahren auch nicht um die Seuche gekümmert hätten“.³⁷

Die Lepraerkrankung hatte, auch abhängig von den Regionen, unterschiedlichste soziale Folgen, wie beispielsweise in der Eheschließung. Afrikanern, die in jungen Jahren an Lepra erkrankten, war es zum Teil gar nicht erlaubt zu heiraten. Afrikaner, die in höherem Alter erkrankten, durften aber auch weiterhin in ihrer Ehe leben.³⁸ Der gesunde Ehepartner hatte jedoch das Recht, sich scheiden zu lassen.³⁹ Außerdem kam es zur Ausgrenzung aus Gemeinschaften, denn oft wurde diese Erkrankung in Zusammenhang mit Hexerei und extremem Fehlverhalten gesehen. Wie Aja KLEMM aus ihren Untersuchungen im Mbingadistrikt, Tanzania, berichtete, konnte die Lepra nach Ansicht der Einheimischen „durch Leprakranke selbst als Träger übernatürlicher Kräfte, durch übel wollende Menschen (*Wachawi, sorcerer*⁴⁰) oder durch sich rächende Menschen, die ei-

³⁴ MEDIZINALBERICHT (1903/04) S. 65 f.

³⁵ PEIPER (1913) S. 58; KLEMM (1982) S. 29.

³⁶ MEDIZINALBERICHT (1903/04) S. 66.

³⁷ MEDIZINALBERICHT (1907/08) S. 65, PEIPER (1913) S. 70 f.

³⁸ STINNESBECK (1936a) S. 17.

³⁹ BALSLEV (1989) S. 2 f., Neben Lepra galt dies auch für Epilepsie, nicht nur in Afrika, sondern auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel Indien.

⁴⁰ Eine Person, die versucht, magische Kräfte zu kontrollieren und anzuwenden.

nen *sorcerer* beauftragen, willentlich übertragen werden“.⁴¹ Diese Einstellung hatte es zur Folge, dass Lepra auch von „Medizinmännern“ behandelt wurde.⁴² Dies geschah mit emetischen Mitteln und Dampfbädern, die mit bestimmten Zusätzen versehen waren. Das sollte geeignet sein, Aufschluss darüber zu geben, wer die Krankheit geschickt hatte.⁴³ Aber auch bestimmte Nahrungsmittel und Verhaltensweisen wurden als Krankheitsauslöser angesehen. So berichteten Betroffene und „Medizinmänner“ im Mbingadistrikt, man könne sich infizieren „wenn man zusammen ißt, wobei der letzte Bissen eines gemeinsamen Mahles als besonders 'infektiös' gilt, wenn man mit dem Urin eines Leprakranken in Berührung kommt und durch Beischlaf“.⁴⁴

Es wird deutlich, dass der Umgang mit Lepra, schon bevor die deutschen Leprabekämpfungsmaßnahmen begonnen wurden, sehr unterschiedlich war. Dieser umfasste ein Spektrum, das von isolierenden Maßnahmen der einheimischen Bevölkerung bis hin zur Nichtbeachtung der Erkrankung reichte.

3.2. Lepra und die Bevölkerung in British East Africa und Uganda

Zum Umgang der ugandischen und kenyanischen Bevölkerung mit Lepra wurden nur wenige Dokumente gefunden. Der schottische Arzt und Missionar, Leonard E. S. SHARP, berichtete 1933 aus Uganda, wo er die Leprasiedlung am Lake Bunyonyi gegründet hatte⁴⁵, dass die Krankheit nicht sehr stark gefürchtet war und keine Absonderung Erkrankter erfolgte. Leprakranke Männer lebten weiterhin mit ihren Frauen und Kindern zusammen und infizierten damit die gesamte Familie. Leprakranke Frauen durften ebenfalls weiter mit ihrem Partner und der Familie zusammenleben, obwohl es durchaus auch vorkam, dass wohlhabende Männer die erkrankte Frau verstießen. Diese suchte sich dann einen ärmeren Mann, um mit ihm zusammen zu leben oder wurde obdachlos, bettelte und lebte im „Busch“ oder in verlassenen Hütten. Nicht selten endete dies mit dem Hungertod der Kranken. Lediglich in wenigen Fällen wird erzählt, dass das erkrankte Familienmitglied in einer separaten Hütte lebte und von Familienangehörigen

⁴¹ KLEMM (1982) S. 71.

⁴² BALSLEV (1989) S. 3.

⁴³ KLEMM (1982) S. 71.

⁴⁴ Ebd. S. 70.

⁴⁵ Vgl. SHARP; METCALF (1951).

mit Nahrung versorgt wurde.⁴⁶ Außerdem wurde im Kigezi Distrikt beobachtet, dass Betroffene mit schwerwiegenden Deformitäten aus ihren Heimatdörfern verjagt wurden.⁴⁷ Andererseits berichtete James R. INNES, unter anderem bekannt für seine Arbeit als Lepraspezialist in der Region Ostafrikas⁴⁸, 1947/48 aus Uganda, dass die meisten Ethnien einst ihre Leprakranken starr isoliert hätten.⁴⁹

Über den Umgang der kenyanischen Bevölkerung mit Lepra wurde aus der Region Kakamega berichtet, dass im östlichen Teil des Distrikts die Leprakranken vertrieben wurden, während man im Westen eher eine gleichgültige Haltung gegenüber den Erkrankten hatte.⁵⁰ Ein ähnliches Phänomen wie in Deutsch-Ostafrika⁵¹ wird 1938 aus der Region South Kavirondo berichtet. Die Leprakranken waren dort vor 25 Jahren durchaus gefürchtet und sind verstoßen worden. Allerdings veränderte sich diese Einstellung dahingehend, dass man die Lepra nicht weiter fürchtete und Kranke und Gesunde auf engstem Raum zusammen lebten. Begründet war dies darin, dass der Leprabekämpfung in Kenya wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und die Europäer nicht zielgerichtet gegen die Erkrankung vorgehen. Demzufolge verloren die Einheimischen dieser Regionen wohl auch die Angst vor der Ansteckung mit Lepra.

Es ist aufgrund dieser diversen Berichte zu vermuten, dass – ähnlich wie in Deutsch-Ostafrika – in Uganda und British East Africa die verschiedenen Ethnien ganz unterschiedlich mit der Lepraerkrankung umgingen.

⁴⁶ SHARP (1933) S. 151 f.

⁴⁷ MUIR (1939b) S. 37.

⁴⁸ Vgl. BROWNE (1968).

⁴⁹ INNES (1948a) S. 380.

⁵⁰ MUIR (1939c) S. 49.

⁵¹ Vgl. Kapitel 3.1. Leben mit Lepra in Deutsch-Ostafrika, Bericht Neubert 1908 aus Neu Langenburg.

4. Deutsch-Ostafrika – Leprabekämpfung bis zum Ersten Weltkrieg

Die Gebiete des heutigen Tanzania ohne Zanzibar, von Rwanda und von Burundi, waren von 1891 bis zur Pariser Friedenskonferenz 1919 eine als Deutsch-Ostafrika bezeichnete Kolonie des Deutschen Kaiserreiches, wie die Abbildung 2 illustriert:

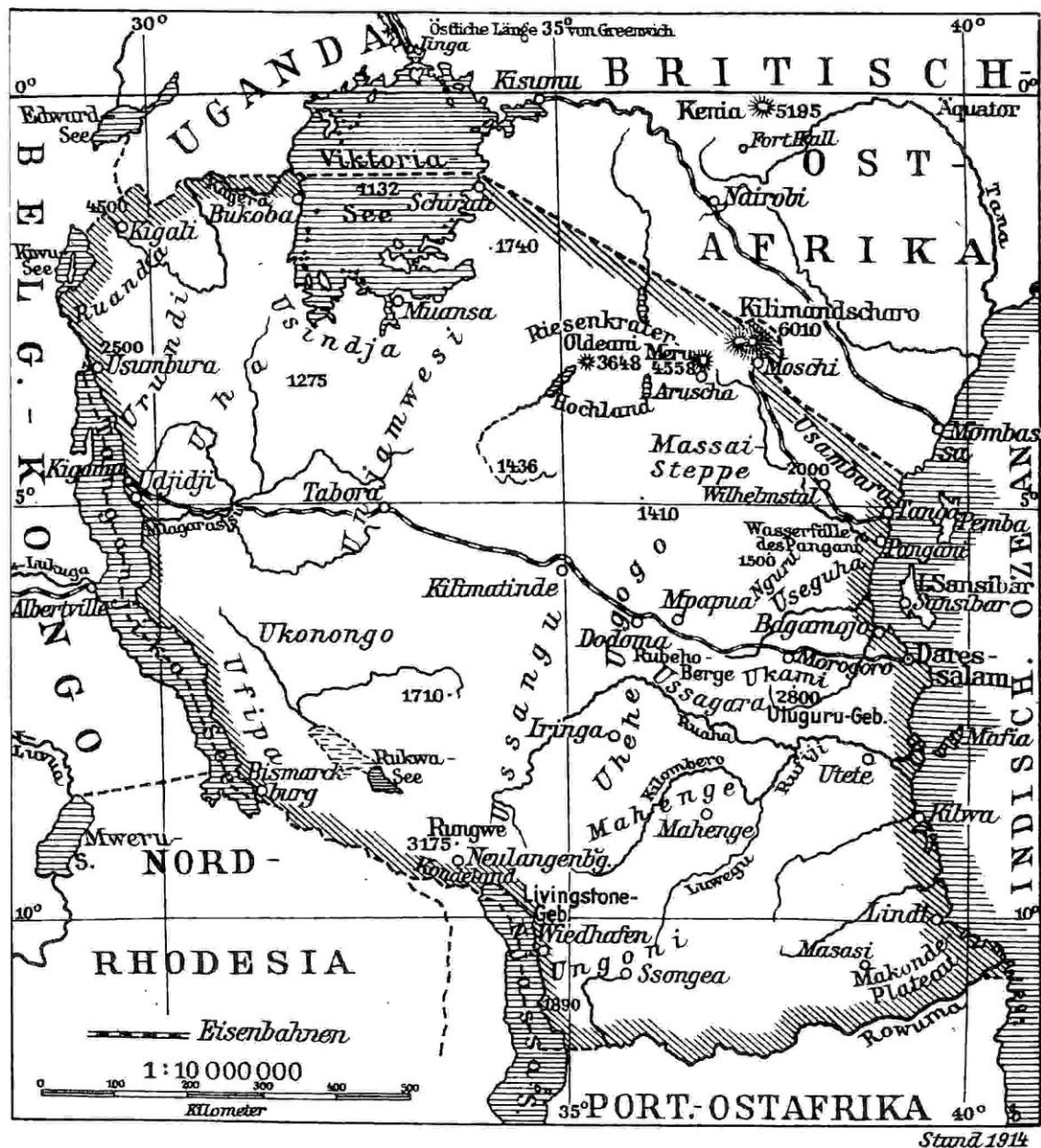


Abbildung 2: Karte Deutsch-Ostafrika

Quelle: Haupt W. Deutschlands Schutzgebiete in Übersee 1884-1918, Berichte-Dokumente-Fotos und Karten. Hanau/Main: Podzun-Pallas-Verlag, 1984: 14

Seit Beginn des Ersten Weltkrieges 1914 lag das Hauptaugenmerk der deutschen „Schutztruppe“ unter Mithilfe der Askaritruppe⁵² auf der Verteidigung dieser Kolonie, weshalb für den Zeitraum 1914 bis 1919 die Quellenlage zur Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika eher mäßig ist. Deutsch-Ostafrika, die größte deutsche Kolonie auf dem afrikanischen Kontinent, war durch das Vorhandensein vieler Infektionskrankheiten geprägt. Von 1884 bis 1914 zählte die Lepra längst nicht zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen der damaligen Zeit. Vielmehr spielten die Schlafkrankheit, Pockenepidemien, Wurminfektionen, venerische Erkrankungen, arbeitsbedingte Verletzungen und Unterschenkelgeschwüre für die Gesundheit der afrikanischen Bevölkerung der Kolonie eine wesentlich größere Rolle. Malaria und Dysenterie waren Krankheiten, die vor allem die Europäer für die eigene Gesundheit fürchteten.⁵³

4.1. Strategien deutscher Leprabekämpfung

Die Regelungen der Seuchengesetzgebung des Deutschen Kaiserreiches hatten in den Kolonien keine Rechtsgültigkeit. Gouverneurserlasse in Abstimmung mit der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes beziehungsweise des Reichskolonialamtes waren nötig, um gegen drohende Seuchen aktiv werden zu können.⁵⁴ Da es um die Jahrhundertwende keine effektiven Therapiemöglichkeiten für die Lepra gab, bestand die einzige Möglichkeit, die Seuche einzudämmen, in der Isolation aller Erkrankten. Lediglich einige wenige Therapieversuche mit den verschiedensten erfolgversprechenden Mitteln wurden durchgeführt.⁵⁵ Die medikamentöse Behandlung der Lepra mit Nastin verwarf man als ungeeignet, weil die Kosten als zu hoch und die Dauer der Behandlung als zu lang eingestuft wurden. Zudem wurde die Zahl der Ärzte als zu gering angesehen, um diese Aufgabe bewältigen zu können, da sie weitere Tätigkeiten, wie z.B. die Bekämpfung von Tierseuchen, übernehmen mussten.⁵⁶ Rückblickend fasst PEIPER 1913 zusammen:

⁵² ASKARI (arabisch: 'askarī = Soldat) Die in den Kolonialtruppen der europäischen Mächte auf dem afrikanischen Kontinent eingesetzten afrikanische Soldaten und Polizisten, die bei der Eroberung der Kolonien, bei der Aufrechterhaltung dieser und deren Verteidigung während der Weltkriege eine wichtige Rolle spielten.

⁵³ ECKART (1990) S. 28.

⁵⁴ Ebd. S. 5.

⁵⁵ Vgl. ECKART (1997) S. 336 ff.

⁵⁶ PEIPER (1913) S. 93 f.

„Die für Deutsch-Ostafrika auf lange Zeit hinaus mögliche Form der Leprabekämpfung wird dennoch einzig und allein die Absonderung der Leprakranken bleiben, d.h. ihre mehr oder weniger zwangsweise Ansiedlung in Lepradörfern“.⁵⁷

Anfänge der Leprabekämpfung

In der Zeit zwischen 1884 und 1900 gab es immer wieder Kämpfe zwischen dem deutschen Militär und der afrikanischen Bevölkerung. Erst um die Jahrhundertwende waren weitestgehend alle Oberhäupter des tansanischen Gebietes unterworfen und damit ein Großteil der Kämpfe beendet.

Die ersten Kolonialärzte beschäftigten sich zunächst allein mit der Gesundheit des europäischen Personals und der Truppen.⁵⁸ Während der ersten Jahre der Kolonialherrschaft wurden einige Endemiegebiete der Lepra in Tanzania oft erst gar nicht erkannt.⁵⁹ Untersuchungen im Land und die Empfehlungen zur Bekämpfung der Lepra auf der *I. Internationalen Leprakonferenz* in Berlin 1897 führten dazu, dass der Erkrankung im Laufe der Zeit größere Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde. Dies lag sicherlich auch daran, dass das Gouvernement in Folge der Berichte der Sanitätsoffiziere letztlich die Lepra als eine Gefahr für deutsches Militär und Siedler erkannte. Stabsarzt Dr. FELDMANN berichtete 1903/04: „Die mangelhafte Isolierung der Leprösen könnte bei weiterer Erschließung des Landes, daß sich durchaus für europäische Besiedlung eignet, auch für den Weißen Gefahren mit sich bringen. Eine solche im benachbarten britischen Gebiet erfolgte Ansteckung liegt höchstwahrscheinlich bei einem Deutschen „M“ vor, der unbewußt leprakrank, vor einigen Wochen aus Entebbe nach hier kam, um sich in meine Behandlung zu begeben. Es wird daher auf eine strenge Isolierung der Leprösen hinarbeiten sein; späterhin wird es sich empfehlen, einzelne Lepraschamben einzurichten, was unter den hiesigen Verhältnissen auf Schwierigkeiten nicht stoßen würde“.⁶⁰

⁵⁷ PEIPER (1913) S. 93 f.

⁵⁸ BRUCHHAUSEN (2006) S. 58.

⁵⁹ ECKART (1990) S. 28.

⁶⁰ MEDIZINALBERICHT (1903/04) S. 65 f.

Zum damaligen Zeitpunkt waren Infektionswege, Suszeptibilität, Virulenz und Kontagiosität der Erkrankung noch nicht geklärt. Ebenso war der genaue Übertragungsweg noch unklar, obwohl man bereits vermutete, dass eine Infektion der Nasenschleimhaut mit dem *Mycobacterium leprae* zu Grunde liegen würde.⁶¹ Die aus dem wenigen Wissen zur Lepra resultierende Unsicherheit wird auch im Medizinalbericht vom Jahre 1904/05 besonders deutlich. Obwohl HANSEN den bakteriellen Erreger der Lepra bereits entdeckt hatte, zählt darin die Lepra noch zu den parasitären Erkrankungen und wird in der gleichen Tabelle aufgeführt wie Ankylostomiasis, Elephantiasis und Bilharziose⁶². Die Behandlung der Krankheit beschränkte sich eher darauf, den „Kranken ihr Elend möglichst wenig zu Bewusstsein kommen“ zu lassen.⁶³

Aus den Medizinalberichten Deutsch-Ostafrikas ist zu entnehmen, dass sich eine erste Phase der Leprabekämpfung in dem Zeitraum zwischen 1884 und 1905 ausmachen lässt. Die Grundidee war hierbei die Vereinigung und Isolation aller an Lepra Erkrankten in wenigen großen Lepraheimen, die somit über das Land verteilt riesige Einzugsgebiete hatten. Das katholische Lepraheim in Bagamoyo, das 1888 als kleines Asyl für Lepra- kranke gegründet wurde, war bis 1895 sogar das einzige Leprosorium in Deutsch-Ostafrika. Wie der deutsche Medizinhistoriker Wolfgang ECKART unter Bezugnahme auf die „Amtliche Denkschrift über das Schutzgebiet für 1896/97“ schreibt, wurde das kleine Leprosorium 1897 geschlossen und die Erkrankten wurden in ein neues Heim in der Nähe verlegt. Zudem habe die Absicht bestanden, „nach und nach alle Aussätzigen des Küstenstrichs dort selbst zu vereinigen“.⁶⁴ Neben dem Lepraheim in Bagamoyo wurden in Kilwa 1898 und in Lindi 1901 ebenfalls zwei geschlossene Einrichtungen gegründet, wobei die zuletzt genannte ein Einzugsgebiet „teilweise sogar über Hunderte von Kilometern aus den Njassa-Ländern (hatte), (...), so daß sich schon wegen der ethnischen Gemengelage homogene soziale Gefüge kaum entwickeln konnten“.⁶⁵ Daraus entstanden vielfältige soziale Probleme.

⁶¹ Vgl. WERNER (1902) S. 4 ff.

⁶² MEDIZINALBERICHT (1904/05) S. 11.

⁶³ ECKART (1990) S. 31.

⁶⁴ Ebd. S. 30 (zitiert aus der Denkschrift/Schutzgebiete 1896/97, Sten.Ber. 1898, S. 946).

⁶⁵ Ebd. S. 32.

Umdenken in der Bekämpfungsstrategie

Aufgrund dieser sozialen Probleme zeigte sich im weiteren Verlauf, dass eine Isolation Leprakranker in wenigen großen Heimen eine kaum zu bewältigende Herausforderung darstellte. 1904/05 wurde in Dar es Salam vom Gouvernement der Beschluss gefasst, dass mehrere kleine Lepradörfer gegründet und über die gesamte deutsche Kolonie verteilt werden sollten. Es schien, als ob sich schnell eine größere Bereitschaft zur Isolation seitens der afrikanischen Bevölkerung entwickelte. Ihnen war es nun möglich, weiterhin in der Nähe ihrer Heimatdörfer leben zu können. Diese für die tansanische Bevölkerung am wenigsten fühlbare Form der Absonderung war zugleich für das Gouvernement die weniger kostspielige.⁶⁶ Die 1905 bis 1908 neu gegründeten Leprosorien Deutsch-Ostafrikas wurden unter anderem von christlichen Missionen geführt und waren damit in freier, halbstaatlicher oder staatlicher Trägerschaft.⁶⁷ Indem man vor allem die Missionen in die Leprabekämpfung einbezog, erhoffte man sich insbesondere personelle, finanzielle und auch logistische Unterstützung.⁶⁸

Die Gründung weiterer Leprosorien und Lepradörfer

Das Jahr 1908 leitete die dritte Phase der Leprabekämpfung der deutschen Zeit in Tanzania ein. Eine zweite Gründungswelle von Leprosorien und Lepradörfern ergoss sich über die Kolonie. Ausschlaggebend dafür war wohl die „neue soziale Kolonialpolitik“ Bernhard Dernburgs⁶⁹. Nach der *II. Internationalen Leprakonferenz* im Jahr 1909, auf der man Lepra übereinstimmend als ernstzunehmendes Gesundheitsproblem einstufte, wurden zwischen 1909 und 1912 insgesamt 38 Leprosorien neu gegründet.⁷⁰ Die nachfolgende Abbildung 3 zeigt die Lepraheime und -dörfer im Jahr 1912:

⁶⁶ ECKART (1990) S. 33.

⁶⁷ Ebd. S. 28.

⁶⁸ Ebd. S. 33.

⁶⁹ Staatssekretär des Reichskolonialamtes, ab 1907 mit einer Reformpolitik für die Kolonien, in der nun mehr auf die afrikanische Bevölkerung und ihre Bedürfnisse eingegangen werden sollte, damit sich die Kolonien durch ihre Kooperation weiterentwickeln konnten.

⁷⁰ ECKART (1990) S. 28.

Nachweisung über die Zahl der Lepraheime und Lepradörfer, sowie über die Zahl der Leprösen in Deutsch-Ostafrika nach dem Stande vom 1. Juli 1912.

Nr. des Bezirkes	Idde. Nr. des Lepradorfes	Name des Lepra-Heimes oder -Dorfes	Lepröse Insassen				Gesunde Angehörige				Zahl der nicht internierten Leprösen des Bezirkes	Bemerkungen
			Männer	Frauen	Kinder	Sa.	Männer	Frauen	Kinder	Sa.		
1. Wilhelmstal	1.	Hohenfriede-berg-Mlalo	10	4	—	14	—	—	—	—	Unbekannt	Unter Aufsicht der Mission Hohenfriedeberg.
2. Tanga	2.	Gombero	—	—	—	—	—	—	—	—	Unbekannt	In Vorbereitung bei d. Mission Gombero. 5 Kranke bei Tang auf der Quarantäne-Insel interniert.
3. Pangani	3.	Boza	?	?	?	8	—	—	—	—	Etwas 30	Lepröse bisher nach Bagamoyo verbracht.
4. Bagamoyo	4.	Nunge	64	41	2	107	—	1	1	2	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksamt.
5. Daressalam	5.	Daressalam	?	?	?	16	—	—	—	—	Etwas 600	" "
6. Mohoro	6.	Mohoro	27	22	4	53	—	2	14	16	Unbekannt	" "
7. Kilwa	7.	Utete	?	?	?	46	—	—	—	—	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksamt.
	8.	Kibata	42	21	—	63	—	—	—	—		
	9.	Nakihu	8	8	—	16	—	—	—	—		
	10.	Kiswere	11	11	—	22	—	—	—	—		
	11.	Mariwe	27	21	—	48	—	—	—	—		
	12.	Madaba	10	10	—	20	—	—	—	—		
	13.	Kiturika	40	38	2	80	—	—	—	—		
8. Lindi	14.	Miwaleni	22	18	—	40	—	—	—	—	Etwas 600	Aufsicht: Bezirksamt.
	15.	Kionga	?	?	?	140	—	—	1	1		
	16.	Nahinga	?	?	?	48	—	—	2	2		
9. Moschi (mit Aruscha)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Nur vereinz. Fälle	Internierung noch nicht erfolgt.
10. Mpapua (mit Kondoa-Irangi)	17.	Mamboya	2	2	2	6	—	—	—	—	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksamt und Mission Mamboya.
11. Morogoro (mit Kilossa)	18.	Nyangallo	—	4	—	4	—	—	—	—		
	19.	Marrarani	87	72	13	172	5	8	18	31	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksamt.
	20.	Muina	84	80	29	193	1	16	11	28		
	21.	Kibambawe	88	41	4	133	1	—	5	6		
	22.	Kikeo	33	23	2	68	3	8	7	18		
	23.	Kissange	23	20	2	45	5	7	12	24		
	24.	Mazimbu	21	14	2	37	—	8	6	14		
	25.	Mindu	29	29	7	65	11	6	7	24		
(Kilossa)	26.	Msolweberg	?	?	?	24	—	—	—	—	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksnabestelle.
	27.	Mfrizi	?	?	?	5	—	—	—	—		
	28.	Ruhembe	?	?	?	7	—	—	—	—		
	29.	Kidete	?	?	?	26	—	—	—	—		
12. Kilimatinde (mit Mkalama)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Etwas 636	Internierung noch nicht erfolgt.
13. Iringa	30.	Madibira	20	21	—	41	—	11	3	14	Unbekannt	Aufsicht: Militärstation und Mission Madibira.
	31.	Pommern	—	3	—	3	—	—	—	—		
	32.	Tossamaganga	2	1	—	3	—	—	—	—		
14. Mahenge	33.	Tabora	221	97	145	463	8	60	94	162	Unbekannt	Aufsicht: Militärstation und Mission Tabora.
15. Ssongea	34.	Lunduzi	62	62	6	130	—	—	—	—		
16. Neu-Langen-burg	35.	Bulongwa	45	30	3	78	2	17	12	31	Unbekannt	Aufsicht: Bezirksamt und Mission Bulongwa.
	36.	Neu-Wange-mannshöhe	131	196	47	374	34	71	282	387		
	37.	Nandemere	114	108	33	255	27	33	43	103		
	38.	Rutenganio	197	224	26	447	61	102	161	324		
	39.	Rungwe	37	57	3	97	5	24	28	57		
	40.	Isoko I (Mugofi)	139	39	8	186	36	81	130	246		
	41.	Kissaku	100	60	7	167	14	38	55	107		
	42.	Mkulwe I	7	5	1	13	3	5	7	15		
	43.	Isoko II (Karom-bo-Igoje)	25	13	2	40	8	27	36	71		
	44.	Mkulwe II	4	4	—	8	2	2	3	7		
17. Muansa (mit Schirati)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Etwas 100	Internierung noch nicht erfolgt.
18. Tabora	45.	Ushirombo	—	—	—	—	—	—	—	—	Etwas 600	Aufsicht: Bezirksamt und Mission Ushirombo ¹⁾ .
	46.	Ussoko	—	—	—	—	—	—	—	—		
19. Ujidji (mit Bismarckburg)	47.	Mwazie (Tenga-wili)	4	3	1	8	—	—	—	—	Unbekannt	Bezirksnabestelle Bismarckburg und Mission Mwazie.
20. Usumbura	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Unbekannt	Genaue Feststellungen über Lepra fehlen noch.
21. Ruanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
22. Bukoba	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

¹⁾ In der Einrichtung begriffen.

Abbildung 3: Nachweis der Lepraheime und -dörfer Deutsch-Ostafrikas von 1912

Quelle: Peiper O. Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1913; 17: 104-105

Der Wandel der deutschen Leprabekämpfungsstrategie

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass während der deutschen Zeit in Tanzania ein fließender Übergang zwischen zwei verschiedenen Isolationsstrategien stattfand, der sich grob in drei Phasen gliedern lässt. Das zunächst von 1884 bis 1905 verfolgte zentralisierte Konzept, dessen Hauptaugenmerk auf der Isolation vieler Leprakrankter in wenigen großen Lepraheimen und -dörfern lag, wurde schließlich aufgegeben. Das Jahr 1904/05 leitete eine bis 1908 andauernde Übergangsphase ein. Mit den Neugründungen kleiner Leprosorien sollte nun ein neuer dezentralisierter Ansatz in der Leprabekämpfung verfolgt werden. Vor allem PEIPER erkannte die soziale, aber auch wirtschaftliche Problematik der bisherigen Isolationsstrategie und setzte sich für einen Wandel ein.

Die Neugründung der vielen Leprosorien wurde jedoch nicht von allen Seiten unterstützt. Das Lepraheim im Bezirk Lindi unter Stabsarzt Dr. WOLFF folgte bis 1909 einem zentralisierten Konzept und auch anschließend stand man der Dezentralisierung eher misstrauisch gegenüber.⁷¹ WOLFF hatte entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass das dezentralisierte Konzept zur Bekämpfung der Infektionskrankheit wirksamer wäre, eine andere Auffassung. Er teilte die Meinung des zuständigen Bezirksamtes. So ergibt sich aus dem Medizinalbericht 1910/11, dass im Bezirk Lindi lediglich zwei neue Lepraheime entstehen, da „das Bezirksamt in Übereinstimmung mit dem Stationsarzt der Ansicht ist, daß es nicht rationell (ist), zahlreiche offene Lepradörfer über den Bezirk zu verteilen“.⁷²

Trotz mancher Kritik an der Dezentralisierung sollte dieses Prinzip in einer letzten Phase, beginnend mit dem Jahr 1908, nun vollends in die Tat umgesetzt werden. Die damit verbundenen, bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges neu gegründeten Leprosorien, verteilt über das gesamte Gebiet Deutsch-Ostafrikas, stießen auch seitens der afrikanischen Bevölkerung auf größere Resonanz und ermöglichten eine bessere Isolation Leprakrankter. Im Medizinalbericht 1903/04 werden in den Lepraheimen Bagamoyo,

⁷¹ ECKART (1997) S. 325.

⁷² MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 68.

Kilwa und Lindi 102 Leprakranke aufgeführt, vier weitere Leprosorien waren zu der Zeit in Planung.⁷³ 1911/12 sind in 48 Leprosorien 3819 Kranke untergebracht.⁷⁴

Die deutsche koloniale Leprabekämpfung als ein Prozess von der Zentralisierung hin zur Dezentralisierung wird von ECKART treffend wie folgt zusammengefasst: „In keinem anderen Schutzgebiet des Zweiten Deutschen Kaiserreichs hat schließlich am Ende der deutschen Kolonialherrschaft ein so verzweigtes, so vielfältiges und, bezogen auf die Endemiegebiete der Krankheit, nahezu flächendeckendes System der Leprosenversorgung existiert wie in Deutsch-Ostafrika“.⁷⁵

4.2. Die Lepradörfer in Deutsch-Ostafrika

Eine das gesamte Gebiet Deutsch-Ostafrikas umfassende Isolation Erkrankter in Leprosorien sollte nicht nur effizient, sondern auch wirtschaftlich sein. Neben dem grundsätzlichen Aufbau eines Lepradorfes mussten auch Lösungen gefunden werden, wie man erkrankte Personen dem Leprosorium zuführen konnte, diese gegebenenfalls überwachte und die Erkrankten medizinisch betreute.

Aufbau eines Lepradorfes

Der Aufbau der Lepradörfer in Deutsch-Ostafrika war im gesamten Gebiet ähnlich. Die Finanzierung der Errichtung eines Lepradorfes des jeweiligen Bezirks erfolgte durch die Kommune.⁷⁶ PEIPER war der Auffassung, „(...) dass die Sorge für die Leprosen ihres Bezirks grundsätzlich Sache der Kommunen sei, dass aber das Gouvernement eintreten müsse, falls man umfassende Maßregeln zu einer großzügigen Bekämpfung der Krankheit beabsichtige, oder falls die Mittel der Kommunen nicht ausreichten“.⁷⁷ Es wurden Hütten für die Erkrankten erbaut und Flächen für die Bestellung von Ackerland bereitgestellt, wenn nötig auch gerodet. Damit ein Besuch durch gesunde Angehörige und ein „Entlaufen“ Erkrankter nicht unkontrolliert möglich war, wurde oftmals eine Umzäunung errichtet. Die Bezirksämter setzten Aufseher ein oder die Missionen übernahmen die

⁷³ MEDIZINALBERICHT (1903/04) S. 64 f.

⁷⁴ MEDIZINALBERICHT (1911/12) S. 312 ff., siehe Nachweisung der in Deutsch-Ostafrika festgestellten Leprakranken sowie der vorhandenen Lepraheime und Lepradörfer nach dem Stande vom 1. April 1912.

⁷⁵ ECKART (1990) S. 28 f.

⁷⁶ PEIPER (1913) S. 14.

⁷⁷ Ebd. S. 7.

Aufsicht. Dennoch hatte jede Leprasiedlung einen individuellen Grundriss, was anhand folgender Skizzen (Abbildung 4) nachvollziehbar ist:

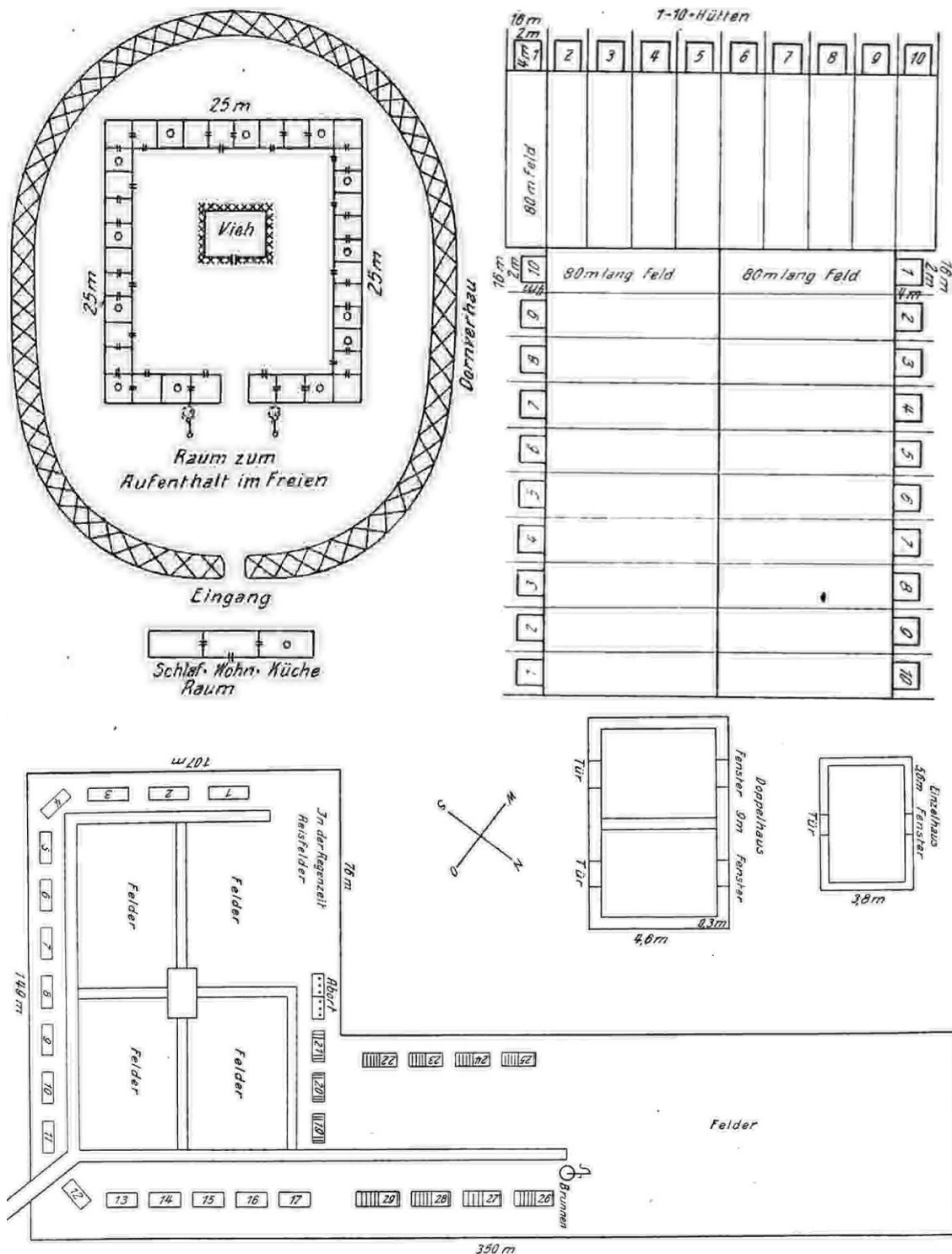


Abbildung 4: Skizze der Lepraheime Madibira, Nunge, Kissaku von 1913

Quelle: Peiper O. Die Bekämpfung der Lepra in Ostafrika. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene 1913; 17: 62, 74, 23

Damit ein gewisses Maß an Hygiene im Dorf bestand, wurden Aborte errichtet. Die Benutzung dieser wurde sogar in Hausordnungen festgeschrieben und Fehlverhalten konnte Strafen nach sich ziehen.⁷⁸ Die Bereitstellung von Saatgut, Ackergeräten und Nahrungsmitteln erfolgte durch das jeweilige Bezirksamt. Auch Verbandsmaterialien und Kleider wurden zur Verfügung gestellt. Ein Arzt oder Sanitätsunteroffizier sollte in regelmäßigen Abständen die jeweiligen Heime besuchen. Aufgrund der Knappheit an medizinischem Personal war dies jedoch in praxi äußerst schwer durchzuführen. Außerdem waren die meisten Ärzte Stabsärzte der „Schutztruppe“ und dadurch eher mit dem Gesundheitszustand der Askaritruppe und „weißen“ Offiziere beschäftigt als mit dem Besuch von Lepraheimen und -dörfern. Lediglich 20 Zivilärzte verrichteten zwischen 1884 und 1914 ihren Dienst in Deutsch-Ostafrika.⁷⁹

Meldepflicht und Kontrolle

Prinzipiell war die Rekrutierung aller Leprakranken des jeweiligen Lepraheimes wie folgt geregelt. Die Erkrankten sollten sich, wenn möglich, freiwillig melden und damit eigenständig in die Isolation gehen. Wenn dies nicht der Fall war, wurden Erkrankte meist von Verwandten, Akiden⁸⁰, Ortsvorstehern (Jumben), Sanitätspersonen und Missionen beim Amt gemeldet.⁸¹ Selbstverständlich gab es hier viele Unterschiede in den einzelnen Bezirken, die mit Sicherheit wiederum von ethnischen Auffassungen und bisher praktizierter Isolation Leprakranker in Dorfgemeinschaften abhängig waren. Aus dem Bezirk Mahenge wird berichtet: „Die Jumben des Bezirks waren sich der Gefährlichkeit dieser Krankheit wohl bewußt und haben deshalb ohne Druck seitens der Behörden ihre Kranken und der Krankheit Verdächtigen bereitwilligst zur Station gebracht“.⁸² In der *Verordnung des Gouverneurs vom 1. Juli 1912, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten*, zu denen auch Lepra zählte, waren laut § 3 zur Anzeige verpflichtet: der zugezogene Arzt, jede sonst mit der Behandlung oder Pflege der Erkrankten beschäftig-

⁷⁸ PEIPER (1913) S. 18 f., vgl. § 5 und § 11 der Hausordnung des Leprosoriums in Bagamoyo.

⁷⁹ ECKART (1990) S. 49 f.

⁸⁰ Bezeichnung für die in Deutsch-Ostafrika in den Küstenbezirken eingesetzten farbigen Verwaltungsbeamten, meistens Araber oder andere nicht einheimische Farbige, die an der Spitze kleinerer Unterbezirke standen.

⁸¹ MEDIZINALBERICHT (1909/10) S. 50 f., ECKART (1990) S. 31.

⁸² MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 70.

te Person, der Haushaltsvorstand oder der Arbeitgeber, derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat und bei „Eingeborenen“ außerdem der Ortsvorstand (Jumbe) und die Akiden.⁸³ Ziel war es letztlich, ein Dorf in Subsistenzwirtschaft unter Kontrolle von Einheimischen zu errichten, wie auch WOLFF sagte: „Wenn die Bewohner des Bezirks erst einsehen, daß die Krankheit ansteckend ist, dann werden wir allmählich dahin kommen, viele kleine Lepraheime einzurichten und dort die Kranken unter Kontrolle von Farbigen vereinigen zu können“.⁸⁴

Isolation – zwischen Freiwilligkeit und Zwang

Die Strategie der Isolation zeigte sich nicht nur im Aufbau des Leprosoriums, sondern auch in der jeweiligen gewählten Lage. Ziel sollte dabei sein, die Leprakranken von den Gesunden zu trennen – eine Aufgabe, die sich in zweierlei Hinsicht als sehr anspruchsvoll erwies.

Zum einen musste man verhindern, dass die an Lepra erkrankten Afrikaner das jeweilige Leprosorium unkontrolliert verlassen.⁸⁵ Zum anderen durften aber auch Gesunde nicht unkontrolliert ihre Familienangehörigen besuchen oder sogar mit ihnen zusammen im Leprosorium leben. Da die verschiedenen ethnischen Gruppen in Deutsch-Ostafrika unterschiedlich mit dem Problem Lepra umgingen, war auch das Verständnis der Isolation verschieden. Im Medizinalbericht von 1909/10 wird zum Lepraheim in Bagamoyo berichtet: „Um den aus gesundheitlichen Gründen unerwünschten Personenverkehr durch das Lepra-Heim zu verhindern, wurde das ganze Grundstück nebst Feldern mit einem Zaun aus Hartholzpfeilen und Stacheldraht umgeben (...)“.⁸⁶ Umzäunungen in Form von Stacheldraht, Hecken, Holzpfeilen oder auch Kaktuspflanzen, Strafandrohungen bei Nicht-Auslieferungen, strenge Hausordnungen und Dorfpolizisten als Aufsichts-

⁸³ Verordnung des Gouverneurs vom 1. Juli 1912, S. 899 f.

⁸⁴ PEIPER (1913) S. 68.

⁸⁵ Dieses Ziel konnte indes nicht immer erreicht werden. So heißt es im Medizinalbericht von 1910/11: „Zwar ist über jedes Lepraheim ein Aufseher eingesetzt, doch wechseln diese oft, verstehen den Sinn und Zweck ihrer Instruktionen nicht recht und sind eben wie jeder Neger, der sich außerhalb der Aufsicht seines Herrn weiß, gänzlich unzuverlässig. Dazu kommt noch, daß die Dörfer weitläufig gebaut sein müssen und sich an und für sich schon schlecht beaufsichtigen lassen. Eine schärfere Aufsicht von der Station aus ist infolge der weiten Entfernung der Lepraheime nicht durchführbar (...)“, Vgl. MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 70 f.

⁸⁶ MEDIZINALBERICHT (1909/10) S. 8 f.

personen spiegeln den ausgeübten Zwang der Isolation in den Leprosorien wider. Die Bereitstellung von Essen, Kleidern und den Dingen des täglichen Lebens führten wiederum gleichzeitig zur freiwilligen Meldung Leprakrankter. ROSENSTIHL geht sogar soweit, die Lebrapolitik der deutschen Militärärzte mit der Redewendung „Zuckerbrot und Peitsche“ zu vergleichen.⁸⁷

Doch auch geographisch wurden Lepraheime so gebaut, dass sie isoliert waren wie zum Beispiel das Lepraheim in Miwaleni, „(...) in fruchtbarer, reich bevölkerter und doch abgeschlossener Lage auf einem Höhenzuge, der durch Busch und Sümpfe von der übrigen Bevölkerung getrennt ist (...)“⁸⁸ oder das Lepraheim bei Noro, das zunächst auf einer Insel errichtet und später wieder verlegt wurde.

Die Einstellung der Europäer gegenüber der Isolation Kranker in Lepraheimen wird in einem Zitat des deutschen Stabsarztes SCHUMACHER aus dem Jahr 1912 deutlich: „Zum Schlusse will ich nicht vergessen zu erwähnen, daß die vier Kranken mit großem Eifer und Bereitwilligkeit die schmerzhaft und langwierige Behandlung ertrugen. Winkte ihnen doch als Lohn für ihre Standhaftigkeit die Entlassung aus dem Lepraheime, die Freiheit“.⁸⁹ Freiheit – ein Wort das verdeutlicht, dass man die Isolation bewusst als freiheitsentziehende Maßnahme ansah. Der dänische Arzt Knud BALSLEV fasste deshalb die deutsche Zeit in Tanzania folgendermaßen treffend zusammen: „(...) forced isolation of lepers became the official policy during the period of German rule“.⁹⁰ Doch aufgrund der Auffassungen der Verantwortlichen für die Lepraarbeit in Deutsch-Ostafrika sah man in der strikten und gezwungenen Isolation Kranker die einzige effektive Lösung zur Bekämpfung der Lepra. Nur auf diesem Weg sollte eine reelle Chance bestehen, die das Territorium bedrohende Seuche einzudämmen und die europäischen Siedler ebenso wie die afrikanische Bevölkerung vor der weiteren Ausbreitung der Erkrankung zu schützen. Das erklärt auch die Meinung PEIPERs, dass Kinder von Erkrankten diesen weggenommen werden sollten. Über ein im Lepraheim Nunge geborenes Kind heißt es,

⁸⁷ ROSENSTIHL (1990) S. 23.

⁸⁸ PEIPER (1913) S. 37.

⁸⁹ SCHUMACHER (1913) S. 17.

⁹⁰ BALSLEV (1989) S. 3.

dass es in Pflege gegeben werden müsse.⁹¹ Dabei handelte es sich um eine Situation, die viel Konfliktpotenzial brachte, wessen sich PEIPER auch bewusst war. So sagte er: „Ich gebe selbst zu, daß das meist sehr schwierig durchzuführen sein wird“.⁹²

Trotz der Tatsache, dass man so großen Wert auf die Isolation Erkrankter legte, passierten andererseits auch nachlässige Fehler, wie sich bei der Umverlegung des Lepraheims bei Noro im Dezember 1909 zeigte. Die alten dort zurückgelassenen Hütten wurden nicht verbrannt, woraufhin sich Fischer der Region in diesen niederließen und sich der Gefahr einer Ansteckung aussetzten.⁹³

Man kann also sehen, dass die klare Linie der Isolation nicht mit jeder Konsequenz und in allen Bezirken gleichermaßen durchgesetzt wurde.

Strafen bei Unbotmäßigkeiten

Für einige Lepraheime und -dörfer, wie zum Beispiel in Bagamoyo, wurden Hausordnungen und damit verbundene Verhaltensregeln erlassen. Ein vom Bezirksamt eingesetzter Wärter hatte dort die Einhaltung der Hausordnung zu kontrollieren, die Kranken zu beobachten, sich stets in der Nähe des Heims aufzuhalten und Unbotmäßigkeiten zu melden. In § 11 heißt es: „Übertretungen dieser Hausordnung seitens der Kranken werden mit Verweisen bestraft und im Wiederholungsfalle mit Arrest bzw. höheren Strafen belegt. Renitente Kranke können in Eisen gelegt werden. Eventuell kann auch Verkürzung der Ernährung zeitlich stattfinden. Andere Personen werden im Falle einer Übertretung obiger Hausordnung nach Ermessen des Bezirksamtes bestraft“.⁹⁴

Verpflegung der Internierten

Von Anfang an stellte sich die Frage, wie man die Verpflegung der Erkrankten in einem Leprosorium sicherstellen konnte. Schnell war klar, dass eine Versorgung aller isolierten Leprakranken mit Bereitstellung von Nahrung durch die Kolonialmacht nicht dauerhaft

⁹¹ PEIPER (1913) S. 28.

⁹² Ebd. S. 98.

⁹³ Ebd. S. 42.

⁹⁴ Ebd. S. 18 ff.

möglich wäre. Man benötigte ein Konzept um Betriebskosten zu reduzieren. Diese Frage der Finanzierung wurde seitens der Bezirksämter gelöst, indem den Kranken meist Saatgut und Ackergeräte zur Verfügung gestellt wurden mit der Idee, damit ein autark verpflegendes Dorf zu errichten. Außerdem mussten zur Kostenersparnis arbeitsfähige Leprakranke Aufgaben von Flechtarbeiten über Fischfang bis hin zum Feldbau übernehmen.⁹⁵ Nicht arbeitsfähige Kranke sollten dabei von Angehörigen oder anderen arbeitsfähigen Erkrankten mitversorgt werden.⁹⁶ Vor allem in der Phase der Zentralisierung, wie PEIPER rückblickend schreibt, verweigerten Leprakranke das Arbeiten völlig. Fernab von ihren Familien ließen sie sich völlig von den Bezirksämtern aushalten.⁹⁷ Aus dem Bezirk Mpapua wird berichtet: „In Ukaguru und Nguru macht die Verpflegung von Seiten des Heimatdorfes zuweilen ebenso viele Schwierigkeiten wie die Gewöhnung der noch arbeitsfähigen Kranken an eine geregelte Felderbestellung. Trotzdem werden die Leprakranken mit Zwang zusammengehalten“.⁹⁸

Man war sich grundsätzlich bewusst, wie wichtig die entsprechende Umgebung zur Errichtung eines Leprosoriums war. So heißt es: „Sehr geeignet sind abseits des Verkehrs liegende Täler mit ständig fließendem Wasser oder Anlage des Lepradorfes im Busch. Geeignet sind auch in Flüssen liegende größere Inseln, sofern sie guten Ackerboden und Süßwasser haben (...)“.⁹⁹ Dass große zentralisierte Lepraheime aufgrund von Platzmangel oder ungünstiger Lage zur Selbstversorgung verlegt werden mussten, waren keine Einzelfälle. Ein Beispiel hierfür ist das zunächst auf einer Insel gelegene Lepradorf in Lindi, in welchem aufgrund der Unfruchtbarkeit der Böden eine

Subsistenzwirtschaft nicht möglich war.¹⁰⁰ Dies trug zum Unmut der afrikanischen Bevölkerung bei und machte eine so schon reich an Konfliktpotenzial geprägte zentralisierte Isolierung kaum möglich.

⁹⁵ ECKART (1990) S. 31.

⁹⁶ PEIPER (1913) S. 31.

⁹⁷ Ebd. S. 95.

⁹⁸ MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 69.

⁹⁹ PEIPER (1913) S. 97 f.

¹⁰⁰ ECKART (1990) S. 32.

Mit der Dezentralisierung und der damit verbundenen Ansiedlung Leprakranker in ihrer gewohnten Umgebung, in der Nähe ihrer Familien, besserte sich diese Situation. Es entstanden kleine Lepraheime in Subsistenzwirtschaft. In einigen Lepraheimen kam es seltener zu Fluchten als in anderen. Grund hierfür ist sicherlich unter anderem die regelmäßige Versorgung mit Nahrungsmitteln, die auch heute noch in Afrika für viele Menschen nicht selbstverständlich ist. Dennoch konnte das Gouvernement klimatische Faktoren wie Trockenzeit und damit verbundene schlechte Ernten nicht beeinflussen, so dass es immer wieder vorkam, dass eine Ernte nicht genügend Erträge zur Versorgung aller erbrachte.¹⁰¹

4.3. Soziale Probleme in der Eindämmung der Krankheit

In Tanzania gibt es derzeit etwa 130 Ethnien, geprägt von unterschiedlichsten Traditionen, Lebensweisen und Auffassungen. Im Rahmen der Bekämpfung der Lepra war dies eine Problematik, die doch mehr Aufmerksamkeit bekommen sollte als vorerst erwartet. Ein anfangs angedachtes zentralisiertes Konzept ließ sich nicht zuletzt aufgrund eben dieser verschiedensten ethnischen Gruppierungen und der daraus resultierenden Konflikte nur schwer verwirklichen. Die Eindämmung einer Infektionskrankheit wie Lepra auf diesem Wege wäre mit Gewalt und Autorität vielleicht theoretisch denkbar gewesen, doch zeigten sich im Verlauf viele Schwierigkeiten, die man anfangs nicht wirklich bedacht hatte – sicherlich auch aufgrund der wenigen Erfahrung, die man in kolonialer Gesundheitspolitik zu diesem Zeitpunkt hatte.

Sehnsucht nach Familie und Heimat

Wie bereits gezeigt wurde, waren Bagamoyo, Kilwa und Lindi zu Beginn der Leprabekämpfung die ersten drei großen Lepraheime in Deutsch-Ostafrika, in denen allmählich der größte Teil Leprakranker vereinigt werden sollte. Die dort ansässigen, vor allem landfremden Erkrankten entflohen allerdings schon bald aus den großen Heimen – aufgrund der Sehnsucht nach Heimat und Familie.

¹⁰¹ Vgl. PEIPER (1913) S. 37. Aus dem Lepraheim am Lingaurafluss wird im April 1909 berichtet, dass wegen Regenmangel und Sonnenbrand keine Ernteaussichten bestünden, was eine schlechte Versorgung der Kranken zur Folge hatte.

Das zentralisierte Konzept der Leprabekämpfung und die damit oft verbundenen weiten Wege der Kranken zu ihren Angehörigen schienen die Isolation nicht wirklich zu fördern. Dies besserte sich, nachdem das Gouvernement eingesehen hatte, dass solch ein Konzept nicht durchführbar war. So schreibt schließlich PEIPER im Jahr 1913 rückblickend, dass eine Zentralisierung der Leprakranken aus der gesamten Kolonie nicht möglich sei, da „es auch gänzlich unmöglich (ist), die Insassen eines derartigen Heims dauernd, worauf es doch am meisten ankommt, darin zurückzuhalten. Denn die Erfahrungen mit der Anlage von Lepraheimen in Deutsch-Ostafrika hatten gelehrt, dass der Zweck eines Lepraheims – Isolierung der Leprösen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Seuche unter der gesunden Bevölkerung – nur dann völlig erfüllt wird, wenn die Kranken in der Nähe ihres Volksstammes in ihrer angestammten Umgebung leben, ihre Angehörigen ab und zu sehen und von ihnen von Zeit zu Zeit mit Lebensbedürfnissen bedacht werden können“.¹⁰² Dies zeigt, wie wichtig es war, von der zentralisierten zur dezentralisierten Leprabekämpfung überzugehen und damit ein gewisses Verständnis in der Bevölkerung auszubilden.

Jedoch war das Entlaufen von kranken Afrikanern aus den Leprosorien ein grundsätzliches Problem, das sich laut den Medizinalberichten zwischen 1905 und 1915 unabhängig von zentralisiertem oder dezentralisiertem Konzept durch die gesamte Zeit der deutschen Kolonialherrschaft zog, wenn auch unterschiedlich stark. Oberarzt JUNGLES schreibt im Medizinalbericht von 1909/10: „(...) Zur Zeit findet allerdings ab und zu vereinzelt ein Entlaufen männlicher Leprakranker statt, welches seinen Grund wohl in

dem Mangel an Weibern bzw. der Sehnsucht der männlichen Leprakranken nach der zurückgelassenen gesunden Ehehälfte hat, welche die Verbannung ihres Mannes nicht teilen wollte“.¹⁰³

Neben diesem Problem gab es noch ein weiteres, das ebenfalls unabhängig von der Isolationsstrategie gleichermaßen bestand – in den einzelnen Lepraheimen jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Es wurden letztlich seitens der Erkrankten immer öfter ge-

¹⁰² PEIPER (1913) S. 9 f.

¹⁰³ MEDIZINALBERICHT (1909/10) S. 48.

sunde Familienangehörige mit in das jeweilige Heim gebracht, um sich dort als Familie niederzulassen. Dies wirft natürlich die Frage auf, wie sinnvoll und effektiv eine Isolation war, wenn neben einem Kranken mehrere Gesunde den Weg in die Lepraheime und -dörfer fanden. Verständlich ist, dass der „Ernährer“ einer afrikanischen Familie durch die Isolation plötzlich wegbrach und man sich damit nicht anders zu helfen wusste. Anreiz war außerdem, dass die Bewohner der Lepradörfer durch die Bereitstellung von Saatgut und Kleidern vom Bezirksamt relativ gut versorgt wurden und es in den von Missionen geführten Dörfern sogar Schulen gab. Im Medizinalbericht von 1911/12 werden bei der „Nachweisung der in Deutsch-Ostafrika festgestellten Leprakranken sowie der vorhandenen Lepraheime und Lepradörfer nach dem Stand vom 1. April 1912“ 3.819 „Lepröse“ und 1.690 gesunde Angehörige in insgesamt 50 Lepraheimen/-dörfern aufgeführt. Im Lepraheim Neu Wangemannshöhe im Bezirk Neu Langenburg sind 374 Erkrankte und 387 gesunde Angehörige untergebracht, im Lepradorf Isoko I Mugofi von 450 dort lebenden Personen 186 Leprakranke und 264 gesunde Angehörige.¹⁰⁴ Diese Zahlen zeigen deutlich die Schwierigkeit, Erkrankte von ihren Angehörigen zu trennen und eine adäquate Aufsicht bei der Vielzahl der Lepradörfer und -heime zu gewährleisten.

In einigen Bezirken versuchte man dieser Problematik mit dem Verweis der Angehörigen aus den Leprosorien entgegenzuwirken. So wird aus dem Bezirk Kilwa berichtet: „Die gesunden Angehörigen der Leprakranken sind im Jahre 1911 aus den Heimen verwiesen worden und ihnen anheimgestellt, sich in der Nähe der Heime bei den übrigen Gesunden anzusiedeln. Die Möglichkeit der Übertragung durch Floh- und Wanzenstiche, die neuerdings nachgewiesen ist, machte diese Maßregel notwendig.“¹⁰⁵ Zudem wurde dies in anderen Bezirken, beispielsweise in Neu Langenburg, nicht nur durch Zwang durchgesetzt, sondern durch die Nummerierung aller Leprakranken mittels Blechmarken eine Art Kontrollschema eingeführt.¹⁰⁶

Mit der Dezentralisierung trat allerdings noch ein weiteres Problem auf, das während der ersten Jahre schon bestand, sich dann jedoch aufgrund fehlenden Personals und damit

¹⁰⁴ MEDIZINALBERICHT (1911/12) S. 312 ff., Vgl. Abbildung 3.

¹⁰⁵ PEIPER (1913) S. 43 f.

¹⁰⁶ Ebd. S. 76.

mangelnder Aufsichtsmöglichkeiten verschlimmerte. Neben den gesunden Angehörigen in den Lepraheimen war es nun auch den Erkrankten möglich, „das Dorf zu verlassen, wovon sie (...) reichlich Gebrauch machen“.¹⁰⁷ Ebenso resultierten Fluchten aus der Angst vor oder wegen der schlechten Erfahrungen mit den durchgeführten Therapieversuchen deutscher Ärzte.¹⁰⁸

Konfliktpotenzial – ethnische Unterschiede

Zentralisierung in Leprosorien bedeutete für viele Leprakranke eine vollständige Änderung der bisherigen Lebensgewohnheiten. Nicht nur unterschiedliche Religionen stellten ein enormes Problem dar, sondern auch geographische Besonderheiten. So fürchteten zum Beispiel oft Bewohner der Berge das Leben im Tal.¹⁰⁹ Es erscheint verständlich, dass ein Afrikaner, der sein Leben lang im Fischfang tätig war, sich in einer Umgebung ohne diese Möglichkeiten nicht wohl fühlte und dass ein Afrikaner aus dem Inneren des Landes an der Küste nicht heimisch werden konnte. Diese Erkenntnis war ein weiterer Schritt zur dezentralisierten Leprabekämpfung. So schreibt PEIPER in seinem Bericht über die Lepra: „Es wird geplant, an sämtlichen Akidensitzen Lepradörfer einzurichten, da die Erkrankung weiter verbreitet ist, als man früher annahm und da die Leute sich – wenn sie befürchten müssen, aus dem Inneren und fern von ihrer Heimat an die See verbracht zu werden – verstecken, freiwillig sich aber dann stellen, wenn sie in ihrer Heimat verbleiben können“.¹¹⁰ Desweiteren erwähnt er, wie wichtig es ist, die Eigenarten, die Sitten und den „Aberglauben“ in den einzelnen Bezirken zu studieren und die Leprabekämpfung diesen anzupassen.

Konfliktpotenziale gab es allerdings auch schon in den grundlegendsten Dingen. Im Medizinalbericht von 1910/11 wird beschrieben: „Ein Suaheli z.B. macht keinen Gebrauch von einem Abort, den ein Massai benutzt“.¹¹¹ Dies macht deutlich, dass es durchaus Probleme gab, die unabhängig von Leprabekämpfungsstrategien und Zeit

¹⁰⁷ MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 70 f., Dr. Geisler berichtet zur Situation im Bezirk Neu-Langenburg.

¹⁰⁸ MEDIZINALBERICHT (1906/07) S. 48.

¹⁰⁹ PEIPER (1913) S. 94.

¹¹⁰ PEIPER (1913) S. 38.

¹¹¹ MEDIZINALBERICHT (1910/11) S. 15.

waren. Außerdem kam es nicht selten zu Streitigkeiten und Schlägereien unter den einzelnen ethnischen Gruppen, was ebenfalls dazu führte, dass Erkrankte aus dem Lepraheim flüchteten.¹¹²

Gerade in den Berichten über die großen Lepraheime, wie sie in Bagamoyo, Kilwa und Lindi bestanden, findet man immer wieder Hinweise auf die schon erwähnten Schwierigkeiten eben auch aufgrund der ethnischen Gemengelage, aber auch wegen der großen Entfernungen zu den Heimatdörfern. Am Anfang war die Isolation und Internierung sicherlich beängstigend für viele Afrikaner. Gerade die durch das zentralisierte Prinzip bedingte Trennung von „Stamm“, Familie und dem damit gewohnten Umfeld bereitete Probleme.

Trotz aller sozialen Probleme stieg die Zahl der isolierten Leprakranken in Deutsch-Ostafrika im Verlauf der Jahre an. Die Frage, inwiefern sich dies ohne Eintreten des Ersten Weltkrieges fortgesetzt hätte, lässt lediglich Raum für Spekulationen.

4.4. Reaktionen der Bevölkerung auf Isolation

Auf die zentralisierende Leprapolitik reagierten neben den Erkrankten in den Heimen auch die gesunden Angehörigen außerhalb der Leprosorien nicht nur mit Verständnis, sondern auch mit Angst und Unsicherheit. Obwohl man verpflichtet war, Leprakranke zu melden, wurden diese nicht selten von ihren Familien versteckt. WOLFF schreibt im Medizinalbericht von 1909/10: „Die Eingeborenen des hiesigen Bezirks, welche die Gefahr des Zusammenwohnens mit Leprakranken nicht kennen, welche die Kranken nicht nur nicht ausstoßen, sondern sogar vor dem Arzt zu verleugnen suchen, sollen allmählich und durch fortgesetzte Hinweise an den Gedanken gewöhnt werden, daß die Kranken gesondert zu wohnen haben“.¹¹³

Das Verbringen ihrer Angehörigen in Leprosorien weit weg von der eigentlichen Heimat hatte für die ganze afrikanische Familie ernsthafte Konsequenzen. Die großen Entfer-

¹¹² Ebd. S. 70.

¹¹³ MEDIZINALBERICHT (1909/10) S. 49.

nungen machten es unmöglich sich zu sehen. Doch auch die Erkrankten in den Leprosorien verstanden den Sinn der Isolation nicht, und es kam zu einer Art Trotzreaktion. Dabei wurde beispielsweise die Feldarbeit verweigert oder die Kranken erwarteten, durch das Bezirksamt Kleidung und Unterhalt zur Verfügung gestellt zu bekommen.¹¹⁴ Ohne die richtige Aufklärung, warum das Zusammenleben mit der gesunden Familie für diese so gefährlich ist, kann man solche Reaktionen durchaus nachvollziehen. Damit war die Entstehung eines Gemeinschaftsgefühls, aber auch die Entwicklung eines Leprodorfes zu einem Dorf in Subsistenzwirtschaft sehr schwierig.

Dieser Situation versuchte man durch zweierlei Maßnahmen entgegen zu wirken. Zum einen begann man mit ersten Ansätzen präventiver Maßnahmen mit dem Ziel, durch Aufklärung Verständnis in der afrikanischen Bevölkerung zur Leprabekämpfung zu erlangen. NEUBERT berichtet aus dem Bezirk Neu Langenburg 1908: „Ich habe mir auch große Mühe gegeben, die Leute, Kranke und Gesunde, über ihre Krankheit aufzuklären, soweit man das kann; ob sie mich verstanden haben steht dahin“.¹¹⁵ Er ist sich gleichzeitig bewusst: „Bis ihnen der Befehl, gar nicht oder möglichst wenig mit ihrer gesunden Umgebung zu verkehren, in Fleisch und Blut übergegangen sein wird, wird man noch viel Geduld haben müssen“.¹¹⁶ Auch PEIPER berichtete rückblickend vom Lepraheim bei Noro im Bezirk Kilwa, dass in den ersten Jahren des Bestehens des Lepraheims Kranke oft durch ihre gesunden Angehörigen versteckt wurden, weil sie den Sinn der Isolation nicht verstanden. Die dortige Situation änderte sich im Verlauf sehr stark, denn die einheimische Bevölkerung verstand schließlich wie wichtig die Isolation war, damit die Krankheit eingedämmt werden konnte. PEIPER ging sogar soweit zu sagen, dass er nicht glaubt, dass in diesem Bezirk außerhalb des Lepraheims überhaupt noch Kranke daheim in ihren Familien lebten.¹¹⁷ Hier wird durchaus der Prozess zur Schaffung eines Leprabewusstseins in der afrikanischen Bevölkerung deutlich.

¹¹⁴ PEIPER (1913) S. 50.

¹¹⁵ MEDIZINALBERICHT (1907/08) S. 66, PEIPER (1913) S. 71.

¹¹⁶ PEIPER (1913) S. 78 Bericht aus dem Bezirk Neu-Langenburg.

¹¹⁷ PEIPER (1913) S. 35.

Zum anderen war beabsichtigt, den Leprakranken zu zeigen, dass das Lepraheim nicht als Zwangsanstalt gelten sollte.¹¹⁸ Man war davon überzeugt, dass ausreichende Verpflegung, bereitgestellt durch Bezirksämter, und Bewegungsfreiheit innerhalb des Leprosatoriums die kranken Afrikaner zu einer freiwilligen Meldung zur Isolation motivieren könnten. Die Wichtigkeit dieses Aspekts wird anhand von Berichten deutlich, wie beispielsweise aus dem Bezirk Rufiyi. Es wurde beobachtet, dass Erkrankte bei mangelnder Verpflegung und Kontrolle aus den Lepraheimen flohen.¹¹⁹

Mit der Gründung vieler kleiner Lepraheime im gesamten Gebiet Deutsch-Ostafrikas wirkte man nicht nur der Angst der Afrikaner entgegen, fernab der Heimat leben zu müssen. Gleichzeitig war es ihnen so möglich, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten weitestgehend beizubehalten. Bereits im April 1909 heißt es aus dem neu errichteten Lepradorf Kibata: „Die Zahl ist ein Beweis dafür, dass die Neuanlage durchaus nötig war; sie beweist ferner, daß in der Tat die Bewohner der Steppe und besonders der Berge ein Verbringen nach der Insel Noro in der Kissiwanibucht fern von ihren Angehörigen und ihrer Heimat fürchten, ihr Leiden verheimlichen und sich verstecken. Ein großer Teil der Leprakranken des Matumbigebirges kommt jetzt freiwillig mit der Bitte um Aufnahme“. ¹²⁰ Auch WOLFF, als großer Verfechter der zentralisierten Leprabekämpfung, erkannte schließlich ebenfalls diese Vorteile der Dezentralisierung, wie aus einem seiner Berichte im April 1912 hervorgeht. Er sah ein, dass große Lepraheime wie im Lindibezirk nicht nur als zu kostspielig galten, sondern dass das erzwungene Zusammenleben der Erkrankten, die normalerweise eher verstreut im Bezirk lebten und nicht in geschlossenen Ortschaften, immer wieder zum Entlaufen aus dem Heim führte.¹²¹ Daher berücksichtigte man zunehmend die Herkunft der Kranken bei ihrer Verteilung an die Heime, so dass diese in der Nähe ihrer Angehörigen bleiben konnten.¹²²

Ein weiteres Problem, was sich aus der Isolation Kranker entwickelte, waren die stetig steigenden Zahlen gesunder Angehöriger, die die Leprakranken mit in die Lepraheime brachten. Dies resultierte daraus, dass die Kranken nicht dauerhaft von ihren Familien

¹¹⁸ Ebd. S. 22.

¹¹⁹ Ebd. S. 31.

¹²⁰ Ebd. S. 38.

¹²¹ PEIPER (1913) S. 50 f.

¹²² Ebd. S. 45.

getrennt sein wollten. Andere Stimmen, wie beispielsweise NEUBERT 1909, führten wirtschaftliche Gründe an: „(...) Ein Philantrop könnte hierin einen schönen Zug der Negerseele sehen; indessen ist der wahre Grund der, daß die Leute sich von der Steuerzahlung und anderen Verpflichtungen dem Bezirksamte gegenüber drücken wollen (...)“.¹²³ Eine Folge dieser Entwicklung war, dass sich die Krankheit weiter verbreitete, wenn die vermeintlich gesunden Angehörigen nach dem Tod des Leprakranken das Lepradorf wieder verließen.

¹²³ Ebd. S. 76.

5. British East Africa und Uganda – Leprabekämpfung bis zum Ersten Weltkrieg

1888 erreichte die *Imperial British East African Company (IBEAC)* die Gebiete Ostafrikas. Obwohl Uganda 1894 und Kenya 1895 zu britischen Protektoraten erklärt wurden, dauerte es bis 1905, dass sich eine langsam funktionierende koloniale Regierung gebildet hatte. Uganda entwickelte sich wirtschaftlich prächtig, so dass Winston CHURCHILL einst von der „Perle Afrikas“ sprach und Kenya 1920 zur britischen Kronkolonie ernannt wurde. Die westliche Medizin erreichte bereits vor der Ankunft der *IBEAC* die Gebiete des späteren British East Africa vor allem durch Missionsstationen. In diesen spielte auch die medizinische Versorgung der afrikanischen Bevölkerung eine große Rolle. Aufgrund fehlender Infrastruktur und mangelnder Ressourcen konnte man diese Arbeit jedoch nicht weiter ausweiten. Mit der *IBEAC* folgte zwar weiteres medizinisches Personal, die Situation der medizinischen Versorgung der Afrikaner verbesserte sich zunächst jedoch nicht.¹²⁴ Zu diesem Zeitpunkt konnte lediglich die gesundheitliche Versorgung der Europäer gedeckt werden. 1901 bestand das East African Medical Department aus sieben Ärzten, drei Schwestern und sieben Gesundheitshelfern.¹²⁵ Die US-amerikanische Historikerin Ann BECK schlussfolgerte aus ihren Untersuchungen: „The African contingent of the population, used to tropical climates, need not be a concern of the medical administration except in emergencies“. Man war davon überzeugt, dass sich die in Ostafrika ansässigen Missionen weiterhin der Gesundheit der einheimischen Bevölkerung annehmen würden.¹²⁶

Der Medical Service von Uganda und British East Africa war bis auf die Periode zwischen 1903 und 1908 jeweils eigenständig.¹²⁷ Ein Zusammenlegen dieser scheiterte schließlich aufgrund verschiedener Konzepte für die Kontrolle von Erkrankungen, der verschiedenen Einflüsse der Missionen und der unterschiedlichen Ethnien sowie der damit verbundenen Riten und Bräuche, die ja schon innerhalb der Länder variierten.

¹²⁴ BECK (1974) S. 91 f.

¹²⁵ BECK (1970) S. 13.

¹²⁶ Ebd. S. 14, BECK interpretiert hier ihre Erkenntnisse basierend auf Verweisen der lokalen Administratoren des East African Protectorate Commissioner Sir Harry Johnston (1899-1901) und Sir Charles Eliot (1901-1904).

¹²⁷ Die Medical Departments Ugandas und Kenyas wurden 1903 zusammengelegt in der Hoffnung, das Potential des Personals, der Unterstützungen und Fonds effektiver nutzen zu können. Vgl. BECK (1974) S. 92.

Aufgrund der schlechten Infrastruktur beider Kolonien war ebenfalls eine Kommunikation und Koordination untereinander nur schwer möglich. Da beide Länder schließlich eigene Gesundheitsdienste hatten, entwickelten sich später auch Unterschiede in den Strategien der Leprabekämpfung in Kenya und Uganda.

Medizinische Herausforderungen im britischen Protektorat

In beiden Ländern gab es zu dieser Zeit weitaus schwerwiegendere Gesundheitsprobleme als Lepra. Vor allem in Uganda beschäftigte die Schlafkrankheit das medizinische Personal zwischen 1900 und 1904 enorm. Die Krankheit forderte zahlreiche Todesopfer; allein im Busoga Distrikt wurde 1902 von über 20.000 Toten berichtet.¹²⁸

Nach der Entdeckung der Trypanosomen als Erreger der Schlafkrankheit und der Klärung des Übertragungsweges durch die Tsetsefliege wurden die Afrikaner aus den endemischen Gebieten, in denen diese Insekten heimisch waren, umgesiedelt. Eine weitere Krankheit, die gleichermaßen für Europäer und Afrikaner eine wichtige Rolle spielte, war die Malaria mit ihren Komplikationen wie beispielsweise das Schwarzwasserfieber. Wenngleich Europäer im Gegensatz zur afrikanischen Bevölkerung weitaus seltener an Pest erkrankten, war diese Erkrankung ebenfalls ein Problem, das Aufmerksamkeit erforderte. Auch Pocken, Syphilis, Wurmerkrankungen und Frambösie, um nur einige zu nennen, waren in den britischen Gebieten Ostafrikas – genauso wie in Deutsch-Ostafrika – große medizinische Herausforderungen.

In Kenya gab es in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg zunächst keine ernsthaften Versuche, einen *Public Health Service* aufzubauen. Dr. John L. GILKS, der spätere Director of Medical and Sanitary Services¹²⁹, berichtet rückblickend, dass 1909 die Zeit für eine solche Entwicklung noch nicht reif war. Lediglich den sanitären und hygienischen Bedingungen in den Städten wurde Aufmerksamkeit gewidmet. Die Ursache dafür, dass es keine allgemeinen Public Health Programme gab, ist vor allem in der mangelhaften Infrastruktur des Landes zu suchen. Es gab keine ausgebauten Straßen außerhalb von

¹²⁸ N.N. (1902) S. 158.

¹²⁹ BECK (1974) S. 95.

Nairobi und auch Autos waren kaum bekannt. Zu Fuß, per Fahrrad oder mit der Hilfe eines Ponys legte man die Strecken auf den „native tracks“ in den ländlichen Gegenden zurück.¹³⁰

In Deutsch-Ostafrika und Uganda ging man dagegen gezielt gegen bestimmte Gesundheitsprobleme vor. Im Fokus stand hierbei insbesondere der Umgang mit der Schlafkrankheit. So schreibt GILKS rückblickend, dass „the East Africa Protectorate appears to have adopted a policy of masterly inactivity in that it did no more than attempt to treat cases in special camps“¹³¹, während Uganda und Deutsch-Ostafrika aktive Maßnahmen in Form von Umsiedlungen der Bevölkerung ganzer Landstriche einleiteten. Noch vor dem Ersten Weltkrieg erfolgte ein Umdenken in den britischen Protektoraten dahingehend, auch Verantwortung im Gesundheitsdienst für die einheimische Bevölkerung zu übernehmen. Doch mit Beginn des Krieges musste das Medical Department zunächst seinen militärischen Aufgaben nachgehen.

Im Gegensatz zu den ausführlichen Medizinalberichten Deutsch-Ostafrikas, die sich in großem Umfang auch der Lepra widmeten, ist die Quellenlage zum Ausmaß der Krankheit in den britischen Gebieten Ostafrikas desolat. Im Jahresbericht des ugandischen Protektorats von 1900 schrieb Dr. Robert U. MOFFAT, seit 1898 Principal Medical Officer Ugandas¹³²: „Leprosy – I have met with a few cases of this disease, chiefly among the Soudanese; but I am unaware whether it exists to any great extent among the Waganda or other aboriginal tribes. The type most frequently seen is the anaesthetic and macular. In only one case have I observed the tubercular form of lesion“.¹³³ Der britische Missionsarzt Albert COOK¹³⁴ berichtete 1901 aus Uganda, dass „The natives themselves are very intelligent, clean, and splendidly developed physically. They live in thatched houses scattered around their banana plantations“. Außerdem führte er an, dass die Lepra in Bunyoro im Norden Ugandas endemisch sei. Er selbst sei jedoch nur einigen wenigen Fällen begegnet.¹³⁵ Dr. H. A. BOEDEKER, der 1896 als Siedler nach

¹³⁰ GILKS (1933) S. 341.

¹³¹ Ebd. S. 342.

¹³² FOSTER (1969) S. 245.

¹³³ MOFFAT (1901) S. 329.

¹³⁴ BILLINGTON (1970) S. 738 ff., FOSTER (1968).

¹³⁵ COOK (1901) S. 175.

Kenya kam¹³⁶, teilte 1935/36 rückblickend mit, dass in einem der ersten native hospitals, in Mzizima, der dort zuständige Arzt 1896 „(...) a deep interest in looking after leper cases, who were housed in makuti bandas inside the hospital grounds“ habe.¹³⁷ Lediglich vereinzelt wird die Erkrankung zu dieser Zeit erwähnt. Dies korrespondiert mit dem Umstand, dass im Gegensatz zu Deutsch-Ostafrika der Lepra in den britischen Gebieten Ostafrikas nur geringe Aufmerksamkeit zuteil wurde.

5.1. Strategien britischer Leprabekämpfung

Der Umgang mit der Lepra in den britischen Gebieten Ostafrikas steht im Kontrast zu anderen Gebieten des britischen Empires, in denen Lepra als Bedrohung angesehen wurde.¹³⁸ Die Leprakranken der Gebiete British East Africa und Uganda konnten aus ihrem freien Willen heraus entscheiden, ob sie in einem Leprosorium leben wollten oder nicht. Isolation durch Zwang, festgelegt in Gesetzen und Sanktionen von Zuwiderhandlungen, waren in den ostafrikanischen britischen Kolonien in der Leprabekämpfung völlig unbekannt. Eine erzwungene Isolation führte nach Auffassung der Briten eher dazu, dass sich die Krankheit weiter ausbreitete, da sich die Erkrankten, aus Angst ihre Heimat und Familie verlassen zu müssen, häufig versteckten. Auch wenn der Kampf gegen Lepra für das heutige Uganda und Kenya erst mit Ende des Ersten Weltkrieges wirklich relevant wurde, sollen an dieser Stelle die Ursachen der unterschiedlichen Grundideen zwischen britischer und deutscher Leprabekämpfung dargestellt werden.

Grundgedanken der Britischen Leprabekämpfungsstrategie

Britische Forscher hatten lange die Auffassung vertreten, dass es sich bei der Lepra um eine hereditäre Erkrankung und keine Infektionskrankheit handelt. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vertrat man die Meinung, dass die Lepra eine Erkrankung sei, die in erster Linie von den Eltern auf ihre Kinder vererbt wird. Maßgeblich orientierte man sich am 1847 erschienenen Standardwerk zur Lepra von DANIELSEN und BOECK,

¹³⁶ NICHOLLS (2005) S. 292.

¹³⁷ BOEDEKER (1935/36) S. 103.

¹³⁸ Dies gilt insbesondere für die britischen Gebiete Indiens. Vor allem in den westindischen Kolonien des Commonwealth schien die Lepra zu diesem Zeitpunkt hochendemisch zu sein.

jedoch war deren These nicht unumstritten. Daher beauftragte der DUKE OF NEWCASTLE, der Colonial Secretary, im Jahr 1862 das Royal College of Physicians mit der endgültigen Klärung dieser Frage. Nach der Gründung eines Leprosy Committee, bestehend aus sechs Ärzten, wurde ein Fragebogen über das Empire verteilt, um die Verbreitung der Erkrankung besser eruieren zu können. Leider waren nach kurzer Zeit nur noch drei Ärzte regelmäßig im Leprosy Committee anwesend, so dass „the interim reports and the final one was effectively the work of one man, Gavin MILROY, the College’s acknowledged expert on leprosy and Honorary Secretary to the Committee”.¹³⁹ In zahlreichen Interimsreporten zog das Leprosy Committee den Schluss, dass es keinen Anhaltspunkt dafür gäbe, Leprakranke mit Zwang zu isolieren. Im Jahr 1867 wurde schließlich veröffentlicht, dass es sich bei der Lepra um eine nicht-übertragbare Erkrankung handelt – ein Fazit, das wohl nicht nur rein medizinischer Forschung dieser Zeit entsprach. Für den Historiker Rod EDMOND beruht diese Einschätzung auch auf ideologischen und imperialen Einstellungen.¹⁴⁰ Zu dieser Zeit, zwischen 1850 und 1860, und in einem schon einige Zeit andauernden Disput zwischen „Contagionists“ und „Anti-Contagionists“ hatten die letzteren anscheinend bessere Argumente. Aber auch „the rights of colonial subjects in British colonies were a matter of real concern. Since emancipation, anti-slavery had become a movement for the civil rights of freed slaves”.¹⁴¹ EDMOND argumentiert weiterhin: „Consciously or not, the Report offered reassurance to colonial administrators and settlers”.¹⁴² In dieser Zeit war man verbreitet der Auffassung, dass „Civilized peoples“ im Laufe der Zeit eine physiologische Immunität gegen die Erkrankung entwickelt hatten. Man war davon überzeugt, dass nur die „nicht-entwickelten Völker“ empfänglich für die Erkrankung waren.¹⁴³

In der nachfolgenden Zeit verstärkten sich die Hinweise darauf, dass Lepra eine übertragbare Krankheit ist. Mit der Entdeckung des *Mycobacterium leprae* 1873 durch Armauer HANSEN wurde der bisherigen Theorie der Erblichkeit ein starkes Argument entgegengesetzt. Auch die Nachricht über den Tod Pater DAMIANs aufgrund von Lepra

¹³⁹ Leprosy Committee Minute Book; 4119/361, Wellcome Library, Royal College of Physicians, London zitiert in EDMOND (2006) S. 53.

¹⁴⁰ EDMOND (2006) S. 54.

¹⁴¹ EDMOND (2006) S. 54.

¹⁴² Ebd. S. 57.

¹⁴³ Vgl. WORBOYS (2001) S. 217.

auf den Hawaii-Inseln 1889¹⁴⁴ führte dazu, dass der Krankheit und der Übertragungstheorie erhöhte Aufmerksamkeit entgegen gebracht wurde. Nach dem Tod MILROYS, der von der Hereditätslehre bis zuletzt überzeugt war, diese immer wieder verteidigte und lediglich die Möglichkeit des spontanen Entstehens der Krankheit einräumte, wurde letztlich 1898 der Bericht der *I. Internationalen Leprakonferenz* seitens des britischen Leprosy Committees anerkannt. Lepra wurde als eine durch ein Bakterium hervorgerufene und von Mensch zu Mensch übertragbare Erkrankung angesehen. Sowohl die Hereditätstheorie als auch die von HUTCHINSON verbreitete Meinung, dass Lepra durch den Verzehr von Fisch entstehe, flammten bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts immer wieder auf.

5.2. Das britische und deutsche Konzept im Vergleich

Der in der Studie betrachtete Zeitraum bis zum Ersten Weltkrieg ist dadurch gekennzeichnet, dass in Ostafrika zur gleichen Zeit deutsche und britische Kolonien nebeneinander existierten. Dies ermöglicht es, die Grundkonzepte der Lepraarbeit unter denselben Rahmenbedingungen zu vergleichen. Grundsätzlich kann man sagen, dass sowohl in der deutschen als auch in der britischen Wissenschaftsmeinung vor dem Ersten Weltkrieg Lepra durchaus als eine Krankheit angesehen wurde, die auch die jeweiligen ostafrikanischen Kolonien betraf. Dennoch beschäftigte man sich in unterschiedlichem Ausmaß mit ihrer Bekämpfung, was nicht zuletzt in dem jeweiligen Verständnis der Lepra als Krankheit begründet ist.

Im deutschen Kaiserreich gab es nach der Entdeckung des *Mycobacterium leprae* keinen Zweifel daran, dass es sich bei der Lepra um eine Infektionskrankheit handelt. Die Entdeckung von Bakterien als Ursache bestimmter Krankheiten durch Forscher und Ärzte wie Robert KOCH und Albert NEISSER verhalfen der Bakteriologie in der Zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einem enormen Aufschwung. Dies verstärkte unter den deutschen Wissenschaftlern mit Sicherheit die Überzeugung, Lepra als übertragbare

¹⁴⁴ Damian de Veuster, Pater Damian, ging 1863 in die Mission auf den Sandwich-Inseln, den heutigen Hawaii-Inseln. Das Leid der Leprakranken, die zu dieser Zeit auf der Insel Molokai isoliert wurden, konnte er nicht weiter mit ansehen und ließ sich 1873 auf eigenen Wunsch auf die Insel bringen, um dort gemeinsam mit den Leprakranken zu leben. Dabei steckte er sich selbst mit dieser Krankheit an und starb schließlich 1889 daran.

Krankheit anzusehen. Daher wurden die Empfehlungen der *I. Internationalen Leprakonferenz* zur Isolation der Erkrankten als effektivste Maßnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung der Lepra in den deutschen Kolonien in die Tat umgesetzt.

Im Bewusstsein der Briten waren zunächst noch die Hereditäts- und Ernährungstheorien verankert. Wie bereits dargestellt wurde, gab es bis zum Ersten Weltkrieg kaum britische Lepraarbeit in den ostafrikanischen Kolonien, auch aufgrund der aus britischer Sicht schwerwiegenderen Gesundheitsprobleme, die erst bekämpft werden mussten.

Die kontroversen Meinungen über die Therapiemöglichkeiten der Lepra führten zu unterschiedlichen Ansätzen in der Lepraarbeit. Ein kuratives Mittel war den deutschen Medizinern nicht bekannt. Sie isolierten daher die Kranken von den Gesunden in ihren Kolonien und konnten in wenigen Versuchen die Wirksamkeit der auf dem Markt kursierenden Mittel gegen Lepra nicht so recht nachweisen.¹⁴⁵ Die Briten hingegen sahen in den nun allmählich auf den Markt kommenden Derivaten des Hydnocarpus-Öls eine erfolgversprechende Therapie. Man war davon überzeugt, viele Patienten schon bald als geheilt entlassen zu können. Gerade darin ist der Ansatz der unterschiedlichen Isolationsstrategien begründet. Mit dem Angebot kostenloser Therapie, welche den Afrikanern gute Heilungsmöglichkeiten versprach, hatten die Briten ein gewichtiges Argument, damit die Leprakranken den Weg zu den entsprechenden Einrichtungen auf sich nahmen und sich freiwillig isolierten.¹⁴⁶

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in diesen zwei bedeutenden Aspekten die unterschiedlichen Strategien der Leprabekämpfung begründet sind. Die Deutschen hatten sich bewusst gemacht, dass Lepra eine Infektionskrankheit ist. Da es nach ihrer Auffassung keine wirksamen Medikamente gab, könne die Lepra nur eingedämmt werden, indem man die Übertragung des Erregers von der kranken auf die gesunde Bevölkerung durch Isolation, wenn nötig auch erzwungen, verhinderte. Die Hereditäts- und Ernährungstheorien sowie der Glaube an die Wirksamkeit der Hydnocarpus-Ölderivate gaben

¹⁴⁵ PEIPER (1913) S. 89 f., LENZ (1909/10) S. 19 ff., hier wird aus Bagamojo, dass trotz Behandlung der Erkrankten weiterhin zahlreiche Leprabazillen im Nasensekret enthalten sind und die Wirksamkeit der Medikamente nicht bestätigt werden kann.

¹⁴⁶ Vgl. auch ROGERS (1922) passim.

der britischen Lepraarbeit eine völlig andere Basis, denn in ihren Augen war Lepra heilbar und Isolation eben nicht die einzige Möglichkeit, der Seuche Herr zu werden. Damit gaben sie in der nachfolgenden Zeit der afrikanischen Bevölkerung, in der die Lepra in einigen Ethnien durchaus zur Ausstoßung aus der Gemeinschaft und damit zum Existenzverlust führte, einen Anreiz, sich in Leprasiedlungen freiwillig niederzulassen.

Freiwillige Isolation versus erzwungene Isolation ist damit der bedeutendste Unterschied in der britischen und deutschen Leprabekämpfungsstrategie.

6. Das Empire und die Leprabekämpfung zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg

Um die Entwicklungen der Lepraarbeit in Ostafrika nachvollziehen zu können, soll vorab ein kurzer Abriss der wichtigsten Ereignisse erfolgen.

Meilensteine der Epoche

Nachdem die Deutschen gezwungen waren, ihre Kolonien nach Kriegsende aufzugeben, wurde das heutige Tanzania britisches Mandatsgebiet und das Festland in Tanganyika umbenannt. 1920 wurde der erste britische Gouverneur eingesetzt und die Hauptverwaltung von Wilhelmstal nach Dar es Salam zurückverlegt.

Mit Ende des Ersten Weltkrieges änderte sich auch die Einstellung des Empires zu seinen Kolonien. Krankheiten wie Cholera, Malaria, Schlafkrankheit, Wurminfektionen, Influenza und viele andere hatten im Zusammenspiel mit Dürreperioden und Hunger auch während der Kriegsjahre nicht nur von der afrikanischen Bevölkerung ihren Tribut gefordert. Die hygienischen Bedingungen in Ostafrika waren katastrophal. Die Regierung hatte bisher den Missionen fast die gesamte Verantwortlichkeit für die Gesundheit der afrikanischen Bevölkerung überlassen. Die Ausbildung, Unterstützung und medizinische Versorgung von Afrikanern tendierte gen Null. Daher forderte John L. GILKS, damals einer der medizinischen Administratoren, den Colonial Secretary 1920 auf, dass „(...) at least one medical officer for every 100,000 African inhabitants and one medical officer of health for every 450,000“ für die Versorgung der einheimischen Bevölkerung bereitgestellt werden sollten. Dies stellte einen neuen Ansatz in der Gesundheitspolitik dar, da Gesundheit als Angelegenheit eingestuft wurde, für die allein das Medical Department zuständig war.¹⁴⁷ Wenn auch die Inflation der Nachkriegsjahre diese Entwicklung verlangsamte, begann man in den 1920ern mit der Errichtung von Government Dispensaries und Krankenhäusern. Um die Kapazitäten medizinischen und administrativen Personals zu erweitern, wurden nun auch junge Afrikaner ausgebildet.¹⁴⁸ Die Ausbildung der afrikanischen Bevölkerung in Gesundheitserziehung und Hygiene, Massen-

¹⁴⁷ GILKS (1933) S. 349.

¹⁴⁸ z.B. auch Hebammen in Uganda, COOK (1936-37) S. 104.

kampagnen zur Veränderung bisheriger Traditionen und Lebensstile mit dem Ziel einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsbedingungen wurden zu den wichtigsten Aktivitäten der Medical Departments.¹⁴⁹ Das Empire übernahm zunehmend Verantwortung für die Gesundheit der afrikanischen Bevölkerung und die Ausbildung medizinischen Personals in Kenya, Uganda und Tanganyika.¹⁵⁰

Die Gründung der *British Empire Leprosy Relief Association (BELRA)*¹⁵¹ 1924 durch den britischen Tropenmediziner Sir Leonard ROGERS, Sir Frank CARTER und dem vor allem mit Leprakranken in Indien arbeitenden Reverend Frank OLDRIEVE wurde nicht nur zu einem der wichtigsten Ereignisse für die Lepraarbeit in Ostafrika, sondern für das gesamte Empire. Ziel der Organisation war ein Empire ohne die Krankheit Lepra. Die *BELRA* legte den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit zunächst vor allem auf Studien zur Lepra in den entsprechenden Ländern. Bereits 1927 bereiste OLDRIEVE Ostafrika und begutachtete die aktuelle Leprasituation. In den 1930er Jahren schickte die *BELRA* vermehrt Toc H Layworker¹⁵² zur Unterstützung in die Leprakolonien Ostafrikas. Ernest MUIR, Tropenmediziner, Lepraspezialist in Calcutta und späterer Medical Secretary der *BELRA*¹⁵³, unternahm 1938 eine der ersten großen Reisen unter anderem auch durch Uganda, Kenya und Tanganyika, um festzustellen, wie stark die Lepra tatsächlich verbreitet war. Außerdem sollte untersucht werden, welche Bedingungen die Inzidenz der Erkrankung beeinflussen und welche bisherigen Methoden der Behandlung und Kontrolle in den Ländern durchgeführt wurden, um dann den Regierungen, Missionen und Verantwortlichen Verbesserungsvorschläge zur derzeitigen Lepraarbeit zu unterbreiten.¹⁵⁴ Seiner Forderung, einen Lepraspezialisten für die Region einzusetzen, konnte aufgrund der Knappheit an finanziellen Mitteln nicht nachgegangen werden.

Auf der Cape Town Conference 1932 wurden Richtlinien zum Umgang mit Lepra in den britischen Gebieten auf dem afrikanischen Kontinent verabschiedet. Dass diese an die

¹⁴⁹ BECK (1974), GILKS (1933) S. 340 ff.

¹⁵⁰ OWEN (1933) S. 660, Vgl. BRUCHHAUSEN (2006) S. 112 f.

¹⁵¹ www.lepra.org.uk.

¹⁵² Eine Institution, die während des Ersten Weltkrieges von Rev. „Tubby“ Clayton gegründet wurde. Erstmals wurden Freiwillige rekrutiert für soziale Arbeit im Ausland, vor allem in afrikanischen Ländern. Weitere Informationen unter <http://www.toch-uk.org.uk>, Vgl. außerdem HAILEY (1938) S. 1141.

¹⁵³ BROWNE (1974) S. 413.

¹⁵⁴ MUIR (1939a) S. 383.

jeweiligen Gegebenheiten der Länder angepasst werden müssten, realisierte man schon zu diesem Zeitpunkt. Allgemein anerkannt wurde der Grundsatz der freiwilligen Isolation erkrankter Afrikaner, die Wichtigkeit der Aufklärung der einheimischen Bevölkerung und die Behandlung der Erkrankung mit Chaulmoogra-Öl. Außerdem forderte man die Vereinheitlichung der bisher verwendeten Nomenklatur.¹⁵⁵

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges 1939 wird die Quellenlage schlechter. Zeitschriften wie das Leprosy Review, das International Journal of Leprosy und das East African Medical Journal bestanden zwar weiterhin in den Kriegsjahren, doch ohne relevante Beiträge zum Thema der Leprabekämpfung in Ostafrika.¹⁵⁶

6.1. Tanganyika – Zeit der Veränderungen

Mit der Übernahme des deutschen Protektorats durch die Briten folgten auch enorme Veränderungen in der Leprabekämpfungspolitik des Landes. Sowohl Krankenhäuser als auch Lepraheime und -dörfer wurden zwar zunächst von den Briten übernommen, doch alsbald umstrukturiert.¹⁵⁷ Durch die Dezentralisierungspolitik in der deutschen Leprabekämpfung gab es eine sehr hohe Anzahl an Lepraheimen. Die vielen über das Land verteilten Lepraheime waren nach britischer Ansicht nicht kontrolliert zu führen und erfüllten den Sinn der Isolation nicht.¹⁵⁸

Während PEIPER vor dem Krieg 1914 in seinem Bericht über die Lepra schreibt, dass 3.819 Leprakranke in Deutsch-Ostafrika in Lepraheimen und -dörfern untergebracht waren, wurden 1923 insgesamt 3.299 Leprakranke in den Leprosorien registriert. Dies zeigt den großen Erfolg der Einbeziehung von Missionen in die dezentrale Leprapolitik der deutschen Zeit, denn trotz des politischen Wechsels im Land blieben die Zahlen relativ konstant. Die Missionen setzten ihre Arbeit auch nach dem Wechsel der Kolonialmacht fort. Selbst in der folgenden britischen Zeit in Tanzania waren mehr als die Hälfte der Lepraheime und -dörfer unter missionarischer Führung. Im Annual Medi-

¹⁵⁵ CAPE TOWN CONFERENCE (1933) S. 109 f.

¹⁵⁶ Vgl. ROGERS (1941) S. 2, hier heißt es: „The development and extension of the war is making the work of B.E.L.R.A. increasingly difficult to maintain”.

¹⁵⁷ CLYDE (1962) S. 105, S. 153.

¹⁵⁸ BALSLEV (1989) S. 14.

cal and Sanitary Report für Tanganyika ist für 1929 verzeichnet, dass in 44 Lepraheimen und -dörfern 3.569 Erkrankte gelebt haben – von diesen 44 Zentren wurden 21 von der Regierung beaufsichtigt, 23 durch Missionen.¹⁵⁹ Aufgrund der weltweiten finanziellen Depression in den 1930er Jahren befanden sich 1937 insgesamt 20 der 31 Leprasiedlungen unter Missionsaufsicht, die restlichen wurden durch die Regierung geführt. Einige Leprasiedlungen aus deutscher Zeit existierten jedoch einfach als Dörfer weiter, ohne dass dort die Möglichkeit der Behandlung bestand.¹⁶⁰ Die folgende Karte (Abbildung 5) zeigt die Leprasiedlungen in Ostafrika 1939:

¹⁵⁹ Ebd. S. 17.

¹⁶⁰ ROGERS (1954a) S. 49.

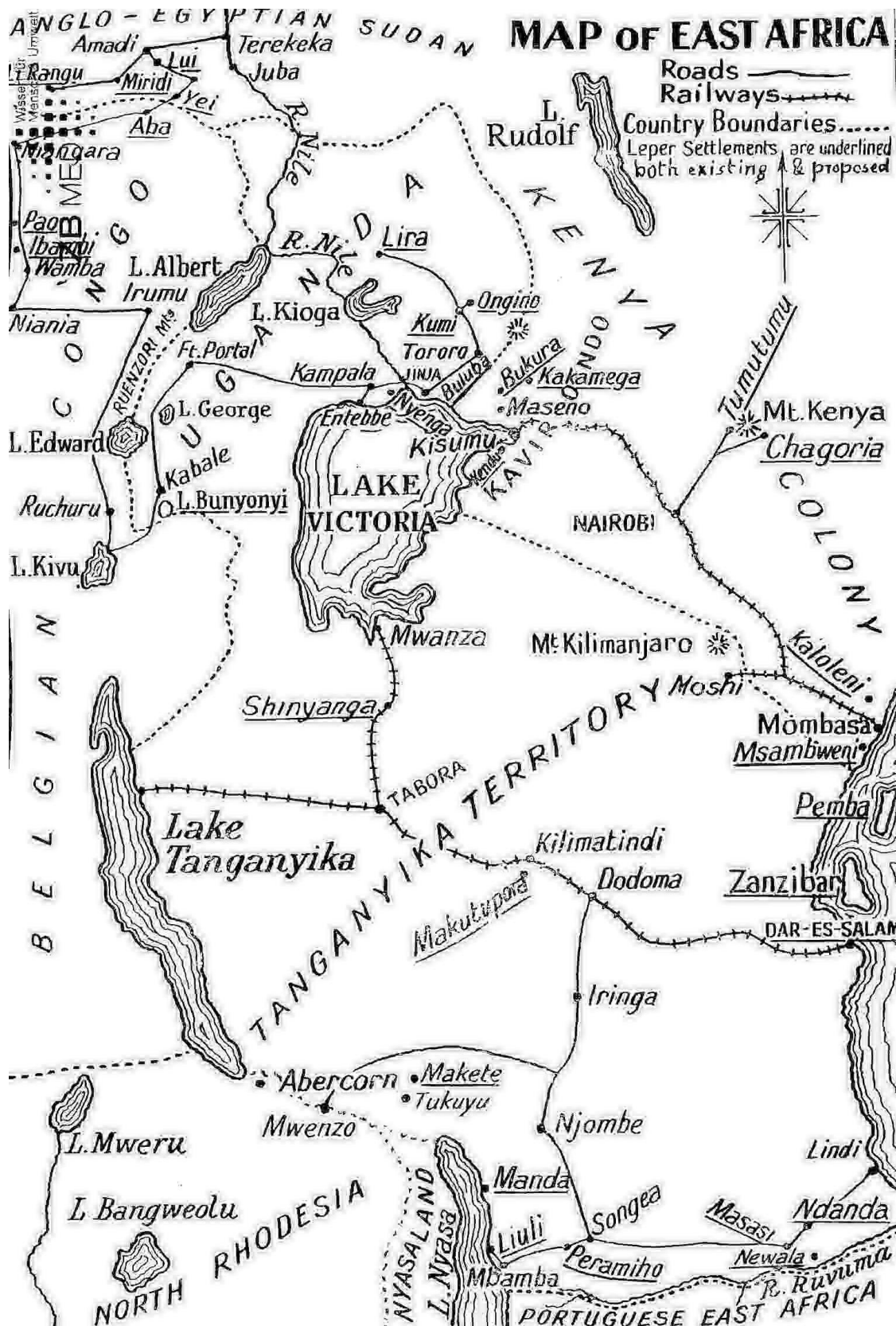


Abbildung 5: Karte Ostafrika 1939 mit Übersicht über die Leprasiedlungen

Quelle: *Map of East Africa. Lepr Rev* 1939; 10: 2

Die Gebiete mit hoher Inzidenz der Lepra zur deutschen Zeit, der Nordosten und Süden des Landes, stellten sich auch unter britischem Protektorat als Endemiegebiete heraus.¹⁶¹

Chance auf Heilung zieht Patienten an

Die neue Lepraarbeit im nun britischen Tanganyika begann mit der Gründung der *BELRA* und der ersten Tour *OLDRIEVES* durch Ostafrika 1927. Die Möglichkeit auf Heilung durch Behandlung mit den Derivaten des *Hydnocarpus*-Öls und der Wechsel von der Absonderungsstrategie hin zur freiwilligen Isolation führten dazu, dass sich in den 1930er Jahren immer mehr Patienten in den Lepraheimen niederließen. In einigen Regionen wie zum Beispiel im Mbinga Distrikt, der zunächst als niedrig endemische Region galt, hatte das enorme Auswirkungen. Die Abschaffung zwangsweiser Internierung und das Engagement der Missionen, welche die Fürsorge übernahmen und den Kranken mit Respekt gegenübertraten, hatten zur Folge, dass sich immer mehr Leprakranke meldeten. Das Lepraheim in Lundo Island am Lake Nyasa zählte 1908 gerade mal 20 Kranke. Nachdem die *Universities' Mission to Central Africa (UMCA)* das Heim 1922 von der Regierung übernahm und ein neues Lepraheim errichtete, stieg die Zahl der freiwilligen Meldungen an, so dass 1933 dort 400 Kranke registriert waren.¹⁶² Ein anderes Lepraheim in der Ruvuma Region, geführt von der *Benediktiner Mission* in Peramiho zählte 1912 lediglich 130 Erkrankte, 1950 wird von über 1.117 registrierten Patienten berichtet. Dieser Anstieg in der Statistik registrierter Leprakranker in Tanganyika ist sicherlich nicht nur darin begründet, dass die Isolation durch Zwang abgeschafft worden war. Das große Engagement der Missionen, der Fortschritt der Zeit, die Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit und vor allem die Erfolge der westlichen Medizin in der Behandlung anderer Krankheiten, wie die Durchimpfung zur Bekämpfung der Pocken oder die Heilung von Syphilis, gaben der Bevölkerung Grund genug dafür, den Europäern dieses Vertrauen entgegen zu bringen.¹⁶³

¹⁶¹ PEIPER (1913) S. 104 f. sowie Abbildung 4, MUIR (1939a) S. 388.

¹⁶² BALSLEV (1989) S. 16.

¹⁶³ 1925 behandelte Dr. A. Keevill im Sikonge Krankenhaus in Tabora erfolgreich einen Patienten mit Schlafkrankheit. Dieser Erfolg kam in der allgemeinen Meinung einem „Wunder“ gleich. Infolgedessen wandten sich auch zahlreiche Leprapatienten mit der Hoffnung auf Heilung dorthin. Es waren so viele, dass ein neues Lepraheim errichtet werden musste, vgl. BALSLEV (1989) S. 17.

So schrieb auch HENNESSEY in seinem Artikel „Some social effects of tropical medicine within the Commonwealth“ 1956, dass mit der Heilung der Syphilis, keiner tropischen, doch einer häufigen Erkrankung in den Tropen, das Vertrauen der Afrikaner in die europäische Medizin bestärkt wurde. „In a comparatively short spell of years, illiterate and unsophisticated people were converted to a firm and naive belief in the powers, not only of the white man’s medicine, but of the injection technique itself, as a panacea for all ills”.¹⁶⁴ Diese Erfolge führten dazu, dass Vorurteile und Ängste gegenüber der europäischen Medizin abgelegt wurden und präventive sowie kurative Maßnahmen von der afrikanischen Bevölkerung angenommen wurden. Für die Lepra spielten hier die Chaulmoogra-Ölinjektionen eine wichtige Rolle. Hinzu kam später die Möglichkeit auf Heilung mit dem Einsatz der Sulfone in der Lepraarbeit. In Tanganyika wurden demnach die allgemeinen Richtlinien der Cape Town Conference 1932 zur Lepraarbeit beispielhaft umgesetzt.

Lepraarbeit prägt ein Land

Mit der Leprabekämpfung im deutschen Protektorat konnte das Land nach Ende des Ersten Weltkrieges bereits auf 15 Jahre Erfahrung zurückblicken. Trotz der Kürze der Zeit waren die Bewohner in den Endemiegebieten sicherlich mit dem Thema konfrontiert. Dies förderte eine Art Leprabewusstsein im Land. Verstärkt wurde dies durch die Missionen, die sich vor allem im humanitären Sinn den Kranken mit voller Überzeugung widmeten. Dies ebnete dem britischen Ansatz in der Leprabekämpfung den Weg. 1930 hieß es dazu: „(...) the Native Authorities show keen interest and have rendered much assistance, and the help of various missionary societies is invaluable“. Weder in Uganda noch in Kenya zeigte die Regierung zu diesem Zeitpunkt solch ein Engagement. Das Government sah sich zur Unterstützung der Missionen verpflichtet und die Zusammenarbeit zwischen beiden Parteien funktionierte gut. Auch *BELRA* vermittelte und unterstützte zahlreiche Projekte.¹⁶⁵ Dies bildete die Grundlage für die spätere Etablierung eines Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogrammes.¹⁶⁶

¹⁶⁴ HENNESSEY (1956) S. 335.

¹⁶⁵ ROGERS (1954a) S. 48 f.

¹⁶⁶ Vgl. Kapitel 9.2. Die Integration nationaler Programme in den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Dennoch spiegelte sich auch der negative Einfluss der deutschen Lepraarbeit wider. 1946 wird aus Makete berichtet, dass von den 1.461 Bewohnern nur 633 Symptome der Lepra aufzeigten, wobei davon die meisten Patienten nicht mehr infektiös waren. Der Tropenmediziner und Lepraspezialist der *BELRA*, Sir Leonard ROGERS¹⁶⁷ bezeichnet dies als ein „relic of German days“, da – wie bereits aufgezeigt – während der deutschen Zeit oftmals Kranke mit ihren gesunden Angehörigen in den Lepradörfern siedelten.¹⁶⁸

Kritiker waren der Auffassung, dass angesichts der drängenderen Gesundheitsprobleme der Bekämpfung der Lepra zu viel Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde. Auch die Vielzahl der Lepraheime in Tanganyika stand zur Diskussion, wobei vorgeschlagen wurde, die Erkrankten in mehreren großen Lepraheimen unterzubringen.

Britische Lepraarbeit in Tanganyika

Die Anzahl der in den großen Leprasiedlungen Tanganyikas lebenden Patienten ist mit denen in Uganda und Kenya nicht vergleichbar. Zwischen 1934 und 1937 wurden circa 3.400 Leprakranke in Siedlungen von der gesunden Bevölkerung isoliert.¹⁶⁹ Eine der größten Leprakolonien im Land war die von der benediktinischen Mission geführte Kolonie in Morogoro bei Peramiho. Im Jahr 1938 lebten dort 1.556 Patienten. Die Bedeutung dieser Leprakolonie wird im Vergleich zu der größten Leprakolonie Ugandas deutlich. In der Leprasiedlung am Lake Bunyonyi lebten 1937 ungefähr 547 Afrikaner.¹⁷⁰ Die von der *UMCA* in Tanganyika geführten Krankenhäuser und Dispensaries betreuten am Ende des Jahres 1937 insgesamt 873 Patienten. Um 1940 wurden immer mehr Dispensaries zur Behandlung der out-patients errichtet. 1943 werden in der South Highland Province 2.057 Leprakranke registriert.¹⁷¹ Die enorme Zahl der Leprakranken zeigt, dass die Krankheit im Gebiet doch erheblich stärker ausgeprägt war als angenommen.

¹⁶⁷ Vgl. BOYD (1963).

¹⁶⁸ ROGERS (1954a) S. 49 f.

¹⁶⁹ ROGERS (1954a) S. 49.

¹⁷⁰ MUIR (1939d) S. 63 und MUIR (1939b) S. 31.

¹⁷¹ ROGERS (1954a) S. 49.

Die Missionen trugen weiterhin einen großen Anteil an der Lepraarbeit. Einige Lepradörfer wurden auch von Missionen übernommen, wie zum Beispiel Makutopora durch die *Church Missionary Society (CMS)* im Manyoni District. Afrikaner wurden mit Sicherheit auch durch die Menschlichkeit und Fürsorge der missionarischen Tätigkeit überzeugt, sich in Isolation zu begeben. Das wird besonders an den Zahlen registrierter Leprakranke in der Makete Siedlung in Tukuyu deutlich. Im Jahr 1942 waren dort 905 Patienten registriert. Trotz des Krieges stieg diese Zahl auf 2.068 Patienten im Jahr 1944 an.¹⁷²

6.2. Lepraarbeit in Uganda und Kenya nach dem Ersten Weltkrieg

Im Gegensatz zu Tanganyika entwickelte sich in den anderen ostafrikanischen Ländern eine Art „Leprabewusstsein“ erst zum Ende der 1920er Jahre. Die ersten Leprakolonien wurden nun auch in Uganda und Kenya errichtet, die sich in den 1930er Jahren etablierten. Vor allem die *BELRA* bemühte sich neben der Durchführung von Untersuchungen zur Endemie der Erkrankung auch, Empfehlungen zur Lepraarbeit in den Ländern zu geben. Nach einem Treffen in Dar es Salaam zwischen Regierungsorganen und Missionaren empfahl man 1927, zwei verschiedene Arten von Institutionen zu gründen. Zum einen sollten für infektiöse Fälle Behandlungszentren vorhanden sein, die so gelegen sein sollten, dass ein Regierungsarzt oder speziell ausgebildeter Missionar sie erreichen konnte, um eine adäquate Behandlung zu veranlassen. Zum anderen sollten schwer behinderte, nicht mehr infektiöse Personen, die nicht mehr in der Lage waren, sich selbst zu versorgen, in Lepradörfern unterkommen. Außerdem wurde betont, dass Patienten nicht ohne ihr Einverständnis festgehalten werden konnten. Zwar wurde die Lepra als Thema nun auch in Ostafrika immer präsenter, dennoch schrieb Dr. Robert COCHRANE, einer der bedeutendsten britischen Lepraspezialisten seiner Zeit¹⁷³, 1934: „Leprosy, after all, is only one of the many endemic diseases in any country and the treating of even every early case would involve an expenditure of money and absorption of time out of all proportion to its importance. The problem which this disease presents is, as a whole, so difficult that it is humanly impossible to cope with it completely, from all aspects, in any country where the disease is very prevalent. A system adequate to that

¹⁷² BALSLEV (1989) S. 20.

¹⁷³ Vgl. BANERJEE (1996).

would engulf the medical resources of any budget".¹⁷⁴ Dabei verwies er ebenfalls auf die wichtigsten Punkte zur Kontrolle der Lepra. Zunächst musste eine genaue Studie die wirkliche Zahl der Leprakranken in einem Land ermitteln. *BELRA* war hierfür die wichtigste Organisation. Es handelte sich dabei um eine schwierige Aufgabe, da die Anzahl der Leprakranken schon innerhalb verschiedener Regionen in verschiedenen Distrikten variieren konnte. Auch Faktoren der Geschlechterverteilung, Alter, Lepratypen etc. waren zu berücksichtigen. Infektiöse Personen sollten in Leprakolonien isoliert oder als out-patients behandelt werden, wobei sie sich selbst von der gesunden Gemeinschaft isolieren sollten. Dies konnte zum Beispiel durch das Wohnen in extra Hütten eines Dorfes erfolgen. Besonders Leprakranke bei denen die Erkrankung aktiv war, sollten mit Hydnocarpus-Ölderivaten behandelt werden. Oft wurden in out-patient clinics auch die ausgebrannten Formen der Lepra behandelt, was jedoch völlig ineffektiv war. Besondere Aufmerksamkeit sollte die Behandlung der Kinder erhalten. Nicht-infektiöse Personen und die noch gesunden Personen, die Kontakt zu infektiösen Patienten hatten, sollten regelmäßig untersucht und kontrolliert werden. Wichtig war außerdem die Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich folgender Aspekte: Lepra ist keine Krankheit, die durch Geschlechtsverkehr, Fluch oder Gottes Zorn hervorgerufen, sondern durch engen Kontakt mit Erkrankten in einigen Stadien der Erkrankung übertragen wird. Nur in diesen ist eine Isolation der Erkrankten notwendig. Andere Stadien seien in out-patient clinics oder Krankenhäusern zu behandeln. Die beste Chance auf Heilung bestehe, wenn die Behandlung möglichst früh begonnen wird. Außerdem wurde betont, wie wichtig gute Ernährung, Hygiene und Gesundheit seien, denn „a healthy body is the best defense for the individual, and the development of a public health sense is one of the greatest factors against the spread of the disease“.¹⁷⁵

Lepraarbeit in British East Africa

Auch nach dem Ende des Ersten Weltkrieges wurde der Lepra in Kenya keine große Aufmerksamkeit gewidmet. Erst mit den durch die *BELRA* initiierten Untersuchungen zur Lepra in Ostafrika durch Frank OLDRIEVE versuchte man, auch Schätzungen zum

¹⁷⁴ COCHRANE (1934) S. 391.

¹⁷⁵ COCHRANE (1934) S. 391 f.

Vorkommen der Lepra in Kenya zu geben. 1927 ergab sich nach einer Untersuchung an der Küste des Viktoriasees eine Inzidenz von 3.6 pro 1.000 für diese Region. In den wenigen „unsatisfactory“ Leprasiedlungen in Malindi und Lamo (später: Lamu) erfolgte die Behandlung der Leprakranken mit Alepol. 1937 waren lediglich 241 Leprakranke in zwei kleinen Leprakolonien in Kenya registriert. Die meisten von ihnen waren Patienten in einem weit fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung, welche aufgrund von Behinderungen Hilfe benötigten. Die allgemein empfohlenen Richtlinien zur freiwilligen Isolation Leprakranker wurden nur zögerlich umgesetzt.¹⁷⁶ In British East Africa hieß es: „Large scale voluntary isolation of the highly infectious cases was not possible for want of funds“.¹⁷⁷

Selbst in den 1930er Jahren verfügte man über keine verlässliche Grundlage hinsichtlich der Anzahl Leprakranker in Kenya. 1934 waren 345 Leprakranke in Behandlung registriert. 1.000 Erkrankte wurden als out-patients allein in einem Distrikt regelmäßig gesehen. Man ging davon aus, dass die eigentliche Zahl noch um einiges höher lag als angenommen.¹⁷⁸

Lepra schien in den Distrikten Nord- und Zentral-Kavirondo endemisch zu sein. Drei bis vier große Leprakolonien wurden zunächst für das Land in Betracht gezogen. Das Kakamega Leper Camp mit 170 Afrikanern im Jahre 1938 war wohl die größte Leprakolonie in Kenya. Außerdem vermutete man ebenfalls eine recht hohe Inzidenz der Krankheit in Süd-Kavirondo. Dort entstand das Kendu Leper Camp. Als weiteres Endemiegebiet wurde die Küste Kenyas eingestuft, wo die Lepraheime Msambweni und Kaloleni errichtet wurden. Über die Anzahl der Erkrankten in Zentralkenya gab es keine belastbaren Informationen. Patienten aus der Region Nairobi wurden auf das Infectious Diseases Hospital verwiesen, und in den Distrikten Nyeri und Meru entstanden die Leprasiedlungen Tumutumu und Chogoria.¹⁷⁹

Lepraarbeit in Uganda

¹⁷⁶ Vgl. CAPE TOWN CONFERENCE (1933), siehe auch Kapitel 6. Das Empire und die Leprabekämpfung zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg.

¹⁷⁷ ROGERS (1954a) S. 46 f.

¹⁷⁸ MEDICAL DEPARTMENT, Kenya (1936) S. 122.

¹⁷⁹ MUIR (1939c) passim.

Auch in Uganda war Lepra kein Gesundheitsproblem, das größte Aufmerksamkeit erhalten sollte. Durch Ausbrüche verschiedener Epidemien wie Meningokokkenmeningitis, Pocken und Pest lag in einigen Distrikten Ugandas die Sterberate der einheimischen Bevölkerung weit über der Geburtenrate. Um diese Situation in den Griff zu bekommen, benötigte man vor allem mehr Personal.¹⁸⁰

In den Lepraheimen Ugandas befanden sich 1924 insgesamt 551 Leprakranke. Vier Jahre später waren 1.910 Leprakranke in regelmäßiger Behandlung.¹⁸¹ 1929 wurde das Kumi Leprosy Camp im Teso Distrikt gegründet, 1931 die Leprasiedlung am Lake Bunyonyi im Kigezi Distrikt.

COCHRANE bereiste 1930 Uganda und empfahl, weitere Untersuchungen bezüglich der Lepra im Protektorat durchzuführen und einen „whole-time medical officer“ einzusetzen, wobei letzteres aufgrund der wenigen finanziellen Mittel scheiterte.¹⁸² Die vom Government in Zusammenarbeit mit der *BELRA* durchgeführten Untersuchungen zur Inzidenz der Erkrankung in den 1930er Jahren zeigten, dass die am stärksten betroffenen Regionen die Distrikte Teso und Busoga im Osten Ugandas waren sowie der Kigezi Distrikt im Westen, nahe der Grenze zu Rwanda und dem Belgischen Kongo. Die Königreiche Buganda und Ankole erwiesen sich als frei von Lepra.¹⁸³ In den Untersuchungen in 11 Provinzen Ugandas im Zeitraum zwischen 1930 und 1931 untersuchte man insgesamt 2.141.147 Menschen, von denen 8.158 an Lepra erkrankt waren. Es ergab sich eine Inzidenz von 3.8 pro 1.000, wobei man die tatsächliche Zahl der Leprakranken noch weitaus höher schätzte.¹⁸⁴ In den Distrikten Teso und Kigezi bestanden seit Ende der 1920er Jahre bereits Leprasiedlungen, und 1934 wurde im Busoga Distrikt, der ebenfalls eines der endemischen Gebiete der Lepra darstellte, die Buluba Mission Leparakolonie gegründet. Dort wurden die Leprakranken mit Alepol behandelt. Die Nyenga

¹⁸⁰ DAVIES (1954) S. 95.

¹⁸¹ ROGERS (1954a) S. 43.

¹⁸² Ebd. S. 44.

¹⁸³ SHARP (1933) S. 151.

¹⁸⁴ ROGERS (1954a) S. 44.

Leprasiedlung hatte ihren Schwerpunkt eher in der humanitären Arbeit, indem man sich dort vor allem um behinderte, nicht infektiöse Patienten kümmerte.¹⁸⁵

Wie die Bekämpfung der Lepra in den wenigen betroffenen Bezirken erfolgen sollte, war nicht von vornherein endgültig geklärt. In den Jahren vor 1933 wurden verschiedenste Methoden in Uganda erprobt. Ob Quarantine Camps, permanent residential treatment in hospitals, treatment as out-patients at county dispensaries oder The voluntary leprosy colony, alle hatten verschiedene Vor- und Nachteile. Erzwungene Isolation sollte zu diesem Zeitpunkt jedoch, entsprechend der Richtlinien der Cape Town Conference von 1932¹⁸⁶, bei keiner der genannten Methoden eine Rolle spielen.¹⁸⁷ Probleme mit Supervision, Finanzierung und Compliance führten schließlich dazu, dass laut SHARP „The voluntary leprosy colony“ als Methode der Wahl für die Leprabekämpfung galt. Er kam zu folgendem Schluss: „(...) we have hit on the method of dealing with leprosy best suited to the African mentality and outlook, and which is reasonably economical in outlay and maintenance in relation to the numbers treated and the benefit to the community as a whole“.¹⁸⁸ Nach diesem Prinzip arbeiteten schließlich auch die bekanntesten und größten Leprakolonien in Uganda. Diese waren die Leprasiedlung am Lake Bunyonyi im Kigezi Distrikt, die Ongino Leprasiedlung mit dem Kumi Childrens' Home, die Buluba Leprasiedlung im Busoga Distrikt und die Nyenga Leprasiedlung im Osten der Buganda Province – erstere geführt durch die *CMS*, die beiden letzten unter Aufsicht der *Nkonkonjeru Mission*. 1938 bereiste der Medical Secretary der *BELRA*, E. MUIR, das Land für weitere Untersuchungen zur Verbreitung der Erkrankung.

Die Einteilung Ugandas aufgrund administrativer Gründe in Distrikte führte auch dazu, dass jedem dieser ein Medical Officer zugeteilt wurde, der ein District Hospital leitete und sich medizinischer und hygienischer Aufgaben annehmen sollte. Gleichzeitig war er für die Aufsicht der kleineren Krankenhäuser und Dispensaries zuständig, die verschiedene Krankheiten behandelten und, wenn nötig, Patienten an die größeren Gesund-

¹⁸⁵ Ebd. S. 45.

¹⁸⁶ Vgl. 6. Das Empire und die Leprabekämpfung zwischen Erstem und Zweitem Weltkrieg.

¹⁸⁷ SHARP (1933) S. 152 ff.

¹⁸⁸ Ebd. S. 158.

heitszentren verwiesen.¹⁸⁹ Das Personal der Dispensaries waren Afrikaner, die speziell dafür ausgebildet werden sollten. Leslie WEBB, tätig im Medical Service Ugandas, schrieb 1934 dazu: „He must be capable of recognizing such disease as yaws, syphilis, leprosy, sleeping sickness, etc., of recording what he has recognized and of treating the conditions appropriately by intravenous and intramuscular injection”.¹⁹⁰

6.3. Grundstruktur der Leprakolonien in Ostafrika

Da alle drei Länder eigenständige Gesundheitsministerien hatten und das Vorkommen der Erkrankung variierte, gab es einige Unterschiede in der Lepraarbeit. Dennoch waren Leprakolonien in allen drei ostafrikanischen Ländern vorhanden, die in Organisation und Aufbau einem ähnlichen Prinzip folgten.

Aufbau einer Leprakolonie

Primäres Ziel der Leprakolonie war die Absonderung der erkrankten Bevölkerung von der gesunden. Gleichzeitig führte die Eröffnung der Kolonie in der umgebenden Bevölkerung zum Bewusstsein, dass Lepra in ihrer Umgebung präsent war. Die Grundlagen eines erfolgreichen Konzeptes waren zum einen das Vorhandensein einer Leprastudie zur Prävalenz der Erkrankung und zum anderen die Bereitstellung von Nahrung und Unterkünften für die ersten Bewohner der Kolonie. Neben der Absonderung sollten die Leprakolonien gleichzeitig als Ausbildungszentrum fungieren und in der jeweiligen Provinz einen Standard für die Behandlung der Erkrankung etablieren.¹⁹¹

Schon die geographische Lage der Kolonie sollte die Trennung der kranken von der gesunden Bevölkerung unterstützen. Daher wurden Gebiete gewählt, die schon auf natürliche Weise abgegrenzt waren, zum Beispiel durch Berge, Flüsse oder Seen. Ein zentrales Krankenhaus, eine Schule und diverse Gebäude für Mitarbeiter sollten den Kern der Kolonie bilden – angepasst an die Bedürfnisse und die Größe der Kolonie. Um das Zentrum herum wurden „native villages“ angelegt, wobei jede Hütte über ein Stück

¹⁸⁹ OWEN (1933) S. 659.

¹⁹⁰ WEBB (1934) S. 369.

¹⁹¹ MACKAY (1947) passim.

kultivierbares Land verfügen sollte. Neben der Bereitstellung von Ackerland wurde auf die Wasserversorgung besonders großen Wert gelegt. Dies war nicht nur wichtig für die Bestellung des Landes, sondern auch für die Erziehung der Afrikaner in Hygiene. Auch die Distanz zur nächsten Government station sollte nicht zu groß sein, damit Aufsicht und Kommunikation ohne größere Probleme möglich waren. Qualifiziertes medizinisches Personal sollte, wenn auch nicht vor Ort, wenigstens in erreichbarer Distanz zur Siedlung sein. Die Hütten waren zunächst typisch afrikanische Lehmhütten mit Grasdächern, die später, wenn es die finanziellen Mittel erlaubten, durch stabilere Ziegelsteinhäuser ersetzt werden sollten. Nur in wenigen Leprakolonien waren die Häuser der Kranken von vornherein stabiler gebaut. Aus der Makutupora Kolonie in Tanganyika wurde 1939 berichtet, dass die Häuser aus „(...) sun-dried bricks on a cement foundation, with iron roofs“ errichtet waren.¹⁹²

Jedoch sollte die Kolonie auch nicht zu weit abgelegen sein. Die niedrige Infektiosität der Krankheit machte es nicht unbedingt notwendig, Leprakranke auf eine einsame Insel zu verbannen.¹⁹³ Doch auch eine Errichtung zu nah an bestehenden Städten sollte verhindert werden, damit eine Expansion der Kolonie, wenn nötig, stets möglich war.¹⁹⁴ In der Kolonie sollten optimal circa 400 Personen untergebracht werden. So waren eine funktionierende Gemeinschaft und der Überblick für das medizinische Personal noch möglich. Größere Siedlungen, wie die mit Abstand größte Leprakolonie in Ostafrika, das Morogoro Leper Settlement in Tanganyika mit 1.556 Leprakranken und 549 Bewohnern, brachten administrative Probleme mit sich. So hieß es 1939: „It appears that the Settlement has grown to proportions which are far beyond the control of the present staff, that discipline is apt to be lax, and that many important functions of Settlement life are left to manage themselves. This is not all the fault of the present staff“.¹⁹⁵ Dr. MACKAY, Senior Medical Officer der Southern Highlands in Tanganyika, sagte, dass eine Siedlung mit 1.000 Bewohnern ein eigenes Krankenhaus und einen eigenen Doktor benötigte.¹⁹⁶

¹⁹² MUIR (1939d) S. 71.

¹⁹³ MUIR (1939b) S. 36, Hier Kritik an der großen Lake Bunyonyi Kolonie, die zu weit entfernt von Kabale war.

¹⁹⁴ MUIR (1939c) S. 49, Hier Kritik am Kakamega Leper Camp, das so nah an der Stadt gelegen war, dass es nicht vergrößert werden konnte, obwohl die Zahl der Leprakranken im Distrikt dies erforderlich machte.

¹⁹⁵ MUIR (1939d) S. 66.

¹⁹⁶ MACKAY (1947) S. 25.

Meldepflicht und Kontrolle

Grundsätzlich erfolgten die Meldung der Erkrankten und die Ansiedlung in den Leprakolonien zur britischen Zeit vollkommen freiwillig.¹⁹⁷ *BELRA* begründet die Überzeugung freiwilliger Isolation folgendermaßen: „The leper must be led, not driven. Compassion not fear, will secure his co-operation, and without that co-operation neither effective treatment nor limitation of the infection can be secured“.¹⁹⁸

Über Tanganyika schrieb MACKAY 1947, dass er mehr Vorteile in mehreren Lepraheimen sehe, die über das Land verteilt sind, als in wenigen großen Leprazentren.¹⁹⁹ Die Kranken wären eher bereit, sich in der Nähe ihrer Heimat zu isolieren, ohne mit großen klimatischen und sozialen Veränderungen umgehen zu müssen. So sollten soziale Probleme aufgrund der Sehnsucht nach Familie und Heimat, wie sie in Deutsch-Ostafrika bestanden, in der Regel ausbleiben. Oft ließen sich jedoch auch ganze Familien in den Leprasiedlungen nieder, egal ob gesund oder krank. Zunächst sollte dies toleriert werden, doch Ziel sollte es sein, die Kranken abzusondern, was wohl mit ausreichender Aufklärung über die Lepra seitens dieser und ihrer Familien mit der Zeit freiwillig erfolgen würde. Als weiterer Vorteil des dezentralisierten Prinzips wurde gesehen, dass man Afrikaner bestimmter Ethnien ausbildete, die dann aktiv an der Leprabekämpfung in der ihnen bekannten Region mitarbeiten und die Bevölkerung aufklären sollten.²⁰⁰

Neben der freiwilligen Meldung wurde ebenfalls aktive Fallfindung betrieben. So wurden zum Beispiel Schuluntersuchungen veranlasst, um kranke Kinder zu registrieren. In der Ongino Leprakolonie in Uganda erfolgte die Fallfindung Leprakranker nach einem revolutionären Prinzip. Obwohl diese Kolonie zunächst die einzige Ostafrikas war, die nach diesem Prinzip arbeitete, verdeutlicht sie besonders die Grundprinzipien britischer Lepraarbeit. Es zeigte, wie wichtig es in der britischen Leprabekämpfungsstrategie war, mit der afrikanischen Bevölkerung zusammenzuarbeiten und den Betroffenen verständlich zu machen, warum sie sich freiwillig in die Kolonien begeben sollten. Die Chiefs wurden vom District Commissioner gebeten, alle Verdachtsfälle von Lepra zusammenzurufen.

¹⁹⁷ ROGERS (1946) S. 526 f.

¹⁹⁸ MUIR (1937b) S. 102.

¹⁹⁹ MACKAY (1947) S. 24.

²⁰⁰ Ebd. S. 24.

Somit wurde an einem bestimmten Tag über die Krankheit Lepra informiert. Geheilte Leprakranke waren an diesem Tag auch anwesend, um am lebenden Exempel die Erfolge der europäischen Lepratherapie zu demonstrieren und die krankheitsverdächtigen Afrikaner zu motivieren, sich in der Kolonie niederzulassen. Zu berücksichtigen ist, dass nach späterer Lehrmeinung die angeblichen Heilerfolge dieser Betroffenen durch die verwendeten *Hydnocarpus*-Ölderivate erfolgten.²⁰¹ Allerdings findet man auch Berichte wie aus dem Kaloleni Leper Camp in Kenya von 1938 mit nur 11 Bewohnern, wo trotz der angenommenen hohen Zahl Leprakranker in diesem Gebiet die kranke Bevölkerung nicht zusätzlich motiviert wurde, sich im Camp niederzulassen. Begründet wurde dies mit dem Mangel an finanziellen Mitteln der Kolonie, die eine adäquate Fürsorge für eine höhere Zahl an Patienten nicht möglich machte.²⁰²

Durch das Errichten eines Krankenhauses im Zentrum einer Leprakolonie war auch die medizinische Kontrolle vereinfacht. Behandlungsversuche konnten unter ständiger Beobachtung durchgeführt werden und die Behandlung akuter Exazerbationen oder chirurgische Eingriffe in einer Art spezialisiertem Zentrum durchgeführt werden. Auch die Erhebung statistischer Daten durch einen zentralen Anlaufpunkt für Erkrankte war damit vereinfacht. Wenn nötig konnten Patienten und ihre Angehörigen zu Hause behandelt oder auch untersucht werden.²⁰³

Damit es in den Leprakolonien untereinander keine anhaltenden Streitigkeiten gab, wurde in einigen Leprakolonien ein Local Council eingesetzt. In Bunyonyi wurde dieses aus den Ältesten der Kolonie gebildet, um Ordnung und gutes Benehmen aufrechtzuerhalten.²⁰⁴ Aus dem Lepradorf in Makaseka heißt es: „(...) a deformed but healed leper, acts as headman and fosters a communal spirit, the weaker lepers being helped by the stronger“.²⁰⁵ Aus Tanganyika wurde berichtet, dass außerdem ein Chief in regelmäßigen Abständen die Leprasiedlungen besuchte, um sich die jeweiligen Dispute anzuhören und zu richten.²⁰⁶

²⁰¹ MUIR (1939b) S. 44.

²⁰² MUIR (1939c) S. 56.

²⁰³ SHARP (1933) S. 153 f.

²⁰⁴ Ebd. S. 154.

²⁰⁵ MUIR (1939d) S. 60.

²⁰⁶ MACKAY (1947) S. 27.

Isolation und Behandlung

Viele der Leprakolonien, die von freiwilligen Organisationen, meistens Missionen, geführt wurden, kooperierten mit den Verantwortlichen der Regierung. Damit waren Studien zur Verbreitung der Lepra von SHARP, ROGERS oder INNES möglich, in denen auch stets Aufklärung und Vertrauensgewinn der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielten. Damit wurden die Kranken dazu animiert, sich in den Leprakolonien anzusiedeln.²⁰⁷

MACKAY schrieb zu den Leprasiedlungen in Tanganyika, dass die Bedingungen innerhalb der Siedlungen für die Patienten so attraktiv wie nur möglich erscheinen müssen, damit sich viele Leprakranke freiwillig niederließen. So sagte er: „Social life within the settlement should preserve the conditions of village life outside as far as circumstances permit, except that the standard of sanitation will be maintained at a higher level“.²⁰⁸ Durch die Zusammenarbeit mit den lokalen Chiefs wurde die Isolation sehr geschickt als komplett freiwillig dargestellt. J. Howard COOK²⁰⁹ sagte treffend: „It isn't always easy to distinguish between advice to moral compulsion, if the advice comes from one's chief“.²¹⁰

Die Behandlung der Lepra erfolgte zunächst durch Hydnocarpus-Öl und seine Derivate, jedoch nicht, bevor der Patient in einem guten Allgemeinzustand war. Das heißt, dass zunächst andere Krankheiten und Unterernährung behandelt wurden.²¹¹ Das Erkennen der Erkrankungen war jedoch nicht immer einfach, denn die Afrikaner versuchten oft ihre Hautveränderungen mit traditionellen Methoden zu behandeln. So schrieb die britische Ärztin Alma DOWNES-SHAW: „The effects of native treatment may also make diagnosis difficult. A variety of plants is used for this purpose by indigenous practitioners. Some are strongly irritant and cause postulation“.²¹² In der Morogoro Leprakolonie erhielten 1938 circa 1.000 Patienten der 1.556 dort lebenden Afrikaner regelmäßig einmal wöchentlich ihre Hydnocarpus-Ölinjektionen.²¹³ Die Bedeutung der guten Ernährung, die zur physischen Gesundheit beitrug und in einigen Fällen auch zum spontanen Stillstand

²⁰⁷ SHARP (1933) S. 154 f.

²⁰⁸ MACKAY (1947) S. 25.

²⁰⁹ BILLINGTON (1970) S. 739.

²¹⁰ COOK (1940) S. 103.

²¹¹ MUIR (1939b) S. 33 f., MUIR (1939d) S. 60.

²¹² DOWNES-SHAW (1933-34) S. 306.

²¹³ MUIR (1939d) S. 65.

des Erkrankungsverlaufes führte, wurde ein Thema, das immer größere Aufmerksamkeit erlangen sollte. Studien ergaben, dass ein gesunder Mensch mit stabilem Immunsystem viel seltener erkrankte als jemand mit akuter oder chronischer Erkrankung sowie Unter- oder Fehlernährung.²¹⁴

Weiterhin wurde darauf geachtet, dass hochinfektiöse Personen nicht mit schwach- oder nicht-infektiösen Bewohnern der Kolonie in Kontakt kamen.²¹⁵ 1947 schrieb MACKAY, dass lediglich die infektiösen Fälle aufgenommen werden sollten und die nicht infektiösen „burnt-out“ Fälle ausgeschlossen wurden.²¹⁶ In kleineren Lepraheimen besuchten Missionsärzte die Kranken in regelmäßigen Abständen.²¹⁷ Im Msambweni Leper Camp in Kenya erfolgte die Behandlung der Leprakranken durch den Medical Officer und die Hospital Sister des circa zwei Meilen vom Camp entfernten Krankenhauses. Ein Senior Dresser, ein leprakranker Bewohner der Kolonie, war „immediate charge“.²¹⁸ Viele der britischen Ärzte hatten große Hoffnungen mit der Entdeckung des Chaulmoogra-Öls verbunden, endlich eine heilende Therapiemöglichkeit gegen die Lepra gefunden zu haben. In vielen Heimen wurden Erkrankte mit Injektionen behandelt. Dennoch war die Wirksamkeit des Medikaments mit der Zeit stark umstritten.²¹⁹ In der vierten Ausgabe des Leprosy Reviews von 1933 findet man sogar zwei völlig kontroverse Meinungen, wobei einmal von der heilenden Wirksamkeit des Medikaments in allen Stadien der Erkrankung ausgegangen und andererseits der therapeutische Effekt negiert wird.²²⁰

Aufgrund von Platzmangel wurden Patienten, die lange keine aktiven Zeichen der Lepra mehr zeigten, auch wieder entlassen.²²¹ Diese sollten sich in Intervallen von sechs Monaten zur Kontrolluntersuchung vorstellen.²²² Die Entlassungen der geheilten Afrika-

²¹⁴ WELCH (1934-35) S. 77.

²¹⁵ MUIR (1939b) S. 38.

²¹⁶ MACKAY (1947) S. 27.

²¹⁷ MUIR (1939b) S. 38.

²¹⁸ MUIR (1939c) S. 55.

²¹⁹ TOUSIGNANT (2008).

²²⁰ Vgl. LEPROSY REVIEW 1933, S.136 In dieser Ausgabe findet man zwei Artikel, die die Wirksamkeit der Hydnocarpus Präparate völlig kontrovers beurteilen. Dr. MOISER berichtet in seinem Artikel „Treatment at Ngomahuru Leprosy Hospital“, dass er davon überzeugt ist, alle frühen und fast alle späten Stadien der Lepra mit diesem Mittel heilen zu können. Andererseits berichtet Dr. SHARP in seinem Artikel „Leprosy in Uganda“, dass es keinerlei Hinweise auf die Wirksamkeit des Medikamentes gibt.

²²¹ MUIR (1939b) S. 37.

²²² MUIR (1939d) S. 70.

ner stellten jedoch eine neue soziale Herausforderung dar. Grundlegend für eine Entlassung aus der Leprakolonie war ein negativer bakteriologischer Abstrich für wenigstens ein Jahr. Danach sollte sich der Patient in der jeweiligen Siedlung oder einer der Dispensaries alle sechs Monate vorstellen, um sicher zu gehen, dass die Bakteriologie weiterhin negativ war. Bei Entlassung wurde ein Zertifikat mitgegeben, was bestätigte, dass der Afrikaner nicht mehr infektiös sei und damit für die Bevölkerung keine Gefahr mehr darstellte. Dieses konnte dem Chief gezeigt werden, damit eine Rückkehr in die alte Heimat möglich war. Genau dies war oft nicht so einfach, denn „(...) as a result of rousing the leprosy-consciousness of a community the villagers refuse to have back among them a patient who has been discharged from a leprosy settlement“.²²³ Somit ließen sich viele der gesunden Patienten am Rande der Leprasiedlung nieder, um dort weiterzuleben. Laut MACKAY war das ein ernstzunehmendes Problem, denn wenn Patienten dachten, dass sie ihr Leben nach der Heilung und Entlassung nicht wie gewohnt fortsetzen könnten, würden sie sich wahrscheinlich auch nicht freiwillig in Behandlung begeben.²²⁴ Stigmatisierung war damit nicht nur ein Problem, das von vornherein in der Gesellschaft existierte, sondern auch durch die Lepraarbeit und Sensitivierung der Bevölkerung bezüglich der Ansteckung der Erkrankung hervorgerufen wurde.²²⁵

Grundprinzip der Kolonien war außerdem, dass alle dort lebenden Personen einer Arbeit nachgehen sollten. „The keynote of the settlement is that all who can work must work, and this has resulted in a heightened morale“.²²⁶ Damit fühlten sich alle in der Leprakolonie gleichberechtigt und als wichtiges Mitglied der Gesellschaft und nicht als Ausgestoßene. Das erleichterte das Zusammenleben und rückte die Abgrenzung von der gesunden Bevölkerung in den Hintergrund.

Allerdings wurde auch Kritik an den bestehenden Leprakolonien und der britischen Lepraarbeit geübt. So war MACKAY 1942 der Meinung, dass die Krankheit nicht so hochkontagiös war und damit weder die bisherige Aufmerksamkeit noch Verwendung finanzieller Mittel gerechtfertigt sei. Alternative Methoden wie „home isolation“, Isolation

²²³ MACKAY (1947) S. 28.

²²⁴ Ebd. S. 28.

²²⁵ Vgl. Kapitel 11. Soziale Folgen, Stigmatisierung und Rehabilitation.

²²⁶ MACKAY (1947) S. 29.

außerhalb der Heimatdörfer oder „isolation camps“ sollten aus Kostengründen in Betracht gezogen werden. Diese Teilisolation sollte es nach den Abmachungen mit den Chiefs und der Native Administration dem Kranken erlauben, tagsüber seiner geregelten alten Arbeit nachzugehen und lediglich die Nacht in Lepradörfern zu verbringen, denn gerade der enge Kontakt in der Nacht galt als einer der wichtigsten Faktoren zur Übertragung der Erkrankung.²²⁷

Verpflegung der Erkrankten

Die Leprakolonie beruhte auf dem Prinzip der Subsistenzwirtschaft ähnlich wie zur deutschen Zeit in Tanzania. Durch die Bereitstellung der Hütten und kultivierbarem Land war es den Erkrankten möglich, sich durch Anbau von Pflanzen selbstständig mit Grundnahrungsmitteln zu versorgen. Damit wurden die Kosten für die Gemeinschaft auf ein Minimum reduziert. Innerhalb von sechs Monaten war es nach SHARP möglich, finanziell unabhängig zu sein.²²⁸ In regelmäßigen Abständen wurden seitens des Governments Fleisch zur Verfügung gestellt. Die Bereitstellung von Nahrung während der ersten sechs Monate in der Kolonie sprach sich unter der afrikanischen Bevölkerung herum. So kam es vor, dass die Neuaufnahmen in den Kolonien während einer Hungerperiode aufgrund schlechter Ernten stiegen.²²⁹ Die meisten Leprakolonien schafften es jedoch nicht, sich vollständig autark zu verpflegen. 1938 wird sowohl aus der Ndanda Kolonie als auch dem Lepradorf in Makaseka in Tanganyika berichtet, dass für die dort lebenden 343 Afrikaner die Hälfte der Nahrungsmittel in eigener Agrikultur hergestellt wird. Die andere Hälfte stellt die Institution zur Verfügung.²³⁰ MACKAY schrieb 1947 über die Leprosiedlungen in Tanganyika: „Leprosy settlements have never yet become self-supporting and must necessarily be a liability on public funds“.²³¹

²²⁷ MACKAY (1942) S. 150 f.

²²⁸ SHARP (1933) S. 153.

²²⁹ MUIR (1939c) S. 56, Vgl. Bericht aus dem Kaloleni Leper Camp: „This was shown by the fact that a few years ago, during a time of famine, 100 lepers were admitted“.

²³⁰ MUIR (1939d) S. 60.

²³¹ MACKAY (1947) S. 27.

6.4. Besonderheiten der britischen Lepraarbeit

Im Gegensatz zur deutschen Zeit in Tanganyika gab es einige Besonderheiten, auf die die britische Leprabekämpfungsstrategie besonderen Wert legte. Vor allem betraf das die Ausbildung von Afrikanern, Gesundheitserziehung der einheimischen Bevölkerung und die Vermutung, dass gesunde Kinder kranker Eltern besonders gefährdet seien und in Präventorien untergebracht werden müssten. Dies stellte die Lepraarbeit und damit verbunden das Government, die Native Authorities und die Missionen nicht nur finanziell, sondern auch sozial vor enorme Herausforderungen.

Education in Leprakolonien

Neben der Absonderung der kranken von der gesunden Bevölkerung stellten die Ausbildung und Aufklärung der afrikanischen Bevölkerung genauso wie die Errichtung von Schulen innerhalb der Leprasiedlungen die wichtigsten Punkte der Education Kampagnen in der britischen Lepraarbeit dar.

Aufgabe einer Leprakolonie war es nicht nur, den Betroffenen Schutz zu geben und die Möglichkeit einer Therapie zu eröffnen, sondern gleichzeitig als „(...) centre of training and enlightenment in the district in which it is situated (...)“ zu fungieren. Die kranken Bewohner der Kolonie sollten während ihrer lang andauernden Behandlung ausgebildet werden, um mit ihrem Wissen nach einer Entlassung aktiv in Anti-Leprakampagnen über die Krankheit, deren Folgen und die Prävention in ihren Heimatdörfern aufklären zu können. Die Mitwirkung der Bevölkerung an dieser Arbeit wurde als wichtiger Prozess gesehen, der mit Sicherheit einige Zeit in Anspruch nehmen sollte.²³² Dabei spielte auch die Verbesserung der hygienischen und sanitären Bedingungen eine wichtige Rolle. MUIR schrieb 1938: „(...) in Africa the incidence of the disease is very much affected by this factor, and one of the best methods of controlling it is to engender well-informed leprosy consciousness by means of education“.²³³ 1933 berichtete SHARP rückblickend, dass die Aufklärungsarbeit der vergangenen drei Jahre nun erste Erfolge zeigt. Er sah

²³² MUIR (1937b) S. 104.

²³³ MUIR (1939a) S. 387.

das als eines der wichtigsten Werkzeuge der Leprabekämpfung an, wo doch Lepra über einen so langen Zeitraum in Teilen der afrikanischen Bevölkerung kaum gefürchtet war und er mancherorts Dörfer besuchte, in denen fast alle an Lepra erkrankt waren.²³⁴ Auch der spätere Lepraspezialist für Uganda, J. A. K. BROWN²³⁵, betonte, wie wichtig die intensive Aufklärung und Prävention für die einheimische Bevölkerung ist. Als Mittel schlug er persönliche Gespräche, Photographien Erkrankter, Poster in den jeweiligen Landessprachen, aber auch Broschüren vor.²³⁶ Auch in den out-patient clinics sollte das Aufgabengebiet nicht nur in der Behandlung der Lepra liegen, sondern auch in der Ausbildung in Hygiene und Prävention von Krankheiten, vor allem bei Kindern.²³⁷ Dabei war die Aufklärung der Leprakranken genauso wichtig wie die der gesunden Bevölkerung. 1946 betonte MOISER nochmals, dass die freiwillige Isolation in Leprakolonien zur Bekämpfung der Krankheit sowie die Aufklärung der Bevölkerung zwar wichtige Elemente der Lepraarbeit seien, diese aber nicht ausreichten. Unter der afrikanischen Bevölkerung müsse auch bekannt gemacht werden, dass es Möglichkeiten zur Behandlung gäbe, dass Unterkünfte zur Verfügung stünden, wo alle Patienten willkommen seien und keiner verpflichtet wäre, gegen seinen Willen zu bleiben oder behandelt zu werden. Sympathie, Überzeugung und Ruhe seien für diese „Werbung“ wichtig. Dennoch sah er in der Isolation die beste Möglichkeit, Studien und Forschungen kontrolliert durchzuführen sowie Statistiken erheben zu können.²³⁸

In den Leprakolonien wurden außerdem Schulen errichtet und sogar eine Art Schulpflicht eingeführt. Dies galt nicht nur für die Kinder der Kolonien, sondern teilweise auch für Erwachsene. 1934 waren in der Bunyonyi Leprakolonie von 522 der dort angesiedelten Personen 100 Kinder, die täglich in einer Schule von sieben Lehrern unterrichtet wurden. Die dort unterrichtenden Lehrer waren zum Teil auch selbst leprakranke Bewohner der Kolonie.²³⁹ Auch in den Leprakolonien in Tanganyika, wie Ndanda und Makutupora, gab es Schulen für Kinder.²⁴⁰ Die gute Bildung die man erhielt, sprach sich unter der einheimischen Bevölkerung herum. Schulen waren teilweise so renommiert,

²³⁴ SHARP (1933) S. 152.

²³⁵ Vgl. BROWNE (1971).

²³⁶ BROWN (1956) S. 270.

²³⁷ MUIR (1939d) S. 62.

²³⁸ MOISER (1946) S. 297 f.

²³⁹ SHARP (1935) S. 72.

²⁴⁰ MUIR (1939d) S. 60, 71.

wie beispielsweise die Wiggins School in Kumi, Uganda, dass dort sogar Eltern um Aufnahme ihrer gesunden Kinder baten. Dieser Bitte konnte jedoch nicht nachgegeben werden.²⁴¹

Neben der schulischen Bildung wurden die Bewohner der Leprasiedlungen ebenfalls in der Herstellung von Kunsthandwerk und richtigem Handel unterrichtet.²⁴² Berufsausbildungen wurden angeboten. Teilweise wurden auch Abschlusszeugnisse ausgestellt, die den jungen Menschen im Falle einer Heilung das Zurückkehren in ein normales Leben erleichtern sollten.

Kinder und britische Leprabekämpfungspolitik

Schon Pater DAMIAN hatte 1883 bei Untersuchungen auf den Hawaii-Inseln festgestellt, dass die Kinder kranker Eltern durch Isolation direkt nach der Geburt keine Symptome der Lepra entwickelten. Dies ebnete nicht nur den Weg für die Widerlegung der Hereditätstheorie, sondern war gleichzeitig der Beginn, über die Prophylaxe der Lepra im Kindesalter nachzudenken.²⁴³ Bis sich dieses Konzept in die Lepraarbeit integrieren sollte, vergingen jedoch noch reichlich 25 Jahre. Erst auf der *II. Internationalen Leprakonferenz* in Bergen im Jahr 1909 wurde die hohe Suszeptibilität im Kindesalter angesprochen und die schnellstmögliche Trennung der Kinder von ihren kranken Eltern sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen dieser Kinder in der Folgezeit empfohlen.²⁴⁴ Untersuchungen hatten gezeigt, dass die Infektion im Kindesalter stattfand, sich die Krankheit jedoch erst wesentlich später je nach allgemeinem Gesundheitszustand des Kindes und der Zahl der aufgenommenen Leprabakterien manifestierte.²⁴⁵

In den britischen Gebieten Ostafrikas setzte sich schließlich Ende der 1920er Jahre die Meinung durch, dass vor allem Kinder eine besonders hohe Suszeptibilität für Lepra

²⁴¹ News Items, Uganda (1964) S. 338 f.

²⁴² MACKAY (1947) S. 27.

²⁴³ WEAVER (1940) S. 495.

²⁴⁴ MUIR (1937a) S. 89.

²⁴⁵ CHATTERJI (1935) S. 82.

aufwiesen.²⁴⁶ Dadurch nahm der Umgang mit Kindern in den britischen Leprabekämpfungsstrategien einen hohen Stellenwert ein. SHARP beschrieb 1933: „All are agreed that, to save the children from infection and if infected, to treat disease in its early stages should be our chief purpose“.²⁴⁷ Durch die Prävention und Behandlung der Erkrankung im Kindesalter war man davon überzeugt, die Lepra eindämmen zu können. Vielerorts lebten Kinder erkrankter Eltern weiterhin bei diesen, obwohl sie sich bewusst waren, dass sie ihre noch gesunden Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit infizieren würden. Das beobachtete auch Schwester Dr. STINNESBECK 1936. Die Begründung dafür war, dass nur die eigene Mutter ihr Kind großziehen könnte.²⁴⁸

Kinder von ihren kranken Eltern zu entfernen, galt jedoch als effektivster Weg um eine Ansteckung dieser zu verhindern. Diese heikle Aufgabe erforderte große finanzielle Mittel und eine hohe Zahl an Personal.²⁴⁹ Um dieses Problem zu lösen, unterstützte *BELRA* beispielsweise in Tanganyika 1947 ein „(...) child adoption scheme which pays for the care of infected children isolated in special areas within settlements“.²⁵⁰ Der Absonderung von gesunden Kindern wurde daher besonders große Aufmerksamkeit geschenkt und war vor allem in der Leprakolonie möglich.²⁵¹ INNES berichtete nach seiner Reise durch Uganda 1947/48, dass immer noch zu viele Kinder im ständigen Kontakt zu kranken Familienangehörigen lebten. Auch die Problematik der Wohnsituation spielte hier eine Rolle. Der viel zu enge Raum innerhalb der Hütten machte es unmöglich, die Inzidenz der Erkrankung zu senken.²⁵² Aus Untersuchungen der Lake Province ging hervor, dass in den typischen engen Lehmhütten 691 Leprakranke in häuslichem Kontakt mit insgesamt 1.663 Kindern lebten.²⁵³ Das stellte eine untragbare Situation dar, denn wie INNES 1954 noch einmal betonte: „(...) the leprotic child may be taken as the key to the leprosy problem in any country. If we ensure that children are removed from

²⁴⁶ *BELRA* (1937) S. 102, Es heißt: „It is now generally acknowledged that leprosy is largely a child problem, and that those infected in their early years furnish the majority of the serious and infectious cases which spread the disease to the next generation“, Vgl. *MUIR* (1939b) S. 33.

²⁴⁷ *SHARP* (1933) S. 154, *COCHRANE* (1934) S. 385.

²⁴⁸ *STINNESBECK* (1936a) S. 17.

²⁴⁹ *WALLACE* (1944) S. 75.

²⁵⁰ *MACKAY* (1947) S. 26.

²⁵¹ *SHARP* (1933) S. 154.

²⁵² *INNES* (1948a) S. 380.

²⁵³ *INNES* (1949b) S. 200.

all contact with infectious leprosy cases, we can lay the foundation for complete abolition of the disease".²⁵⁴

Kindergärten und -krippen wurden in den Leprakolonien errichtet, um gesunde Kinder von ihren kranken Eltern zu trennen und diese damit vor Ansteckung zu schützen sowie frühe Stadien und die Manifestation der Erkrankung rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Kinder unter zwei Jahren durften zunächst noch bei ihren kranken Eltern leben, denn erst dann stillten die meisten Mütter ihre Kinder nicht mehr.²⁵⁵ So war es möglich, die Kinder erkrankter Eltern regelmäßig zu untersuchen. Probleme in der Erziehung der Kinder ohne ihre Eltern und die Tatsache, dass Mütter ihre Kinder nicht weggeben wollten, führten zu der verzögerten Isolation, die eigentlich am besten gleich kurz nach der Geburt erfolgen sollte – ein Problem, für das sich eine Lösung nicht so recht zu finden schien. STINNESBECK teilte im Rahmen einer Studie mit: „My hope to get 100 leprous children is not yet realized. It takes time till African natives have confidence in European treatment and entrust their children to us".²⁵⁶ In einigen Kolonien durfte weder nachts noch tagsüber Kontakt zwischen Eltern und ihren Kindern stattfinden. In anderen, wie beispielsweise im Lepraheim am Lake Bunyonyi in Uganda, gab es nur eine Trennung während der Nacht. In diesen Fällen war der Kontakt zwischen Eltern und ihren Kindern ebenfalls tagsüber durch Aktivitäten wie Schule oder Sport nur sporadisch.²⁵⁷

Eines der bekanntesten Kinderheime war das Kumi Childrens' and Leper Home in Uganda. Im Jahr 1939 waren dort 315 Kinder untergebracht. Neben einer schulischen Ausbildung erhielten sie dort auch Unterricht in Schneidern, Schreinern und Bauen. Idealerweise sollte es sogar zwei Schulen in den Leprasiedlungen geben, damit kranke und gesunde Kinder getrennt voneinander unterrichtet werden konnten.²⁵⁸ Die Aufnahme der Kinder erfolgte unter anderem aus der Ongino Leprakolonie. Kinder, bei denen es keine Tendenzen zur Heilung der Lepra gab, wurden dann in diese Leprakolonie übergesie-

²⁵⁴ INNES (1954) S. 163.

²⁵⁵ Vgl. MUIR (1939d) S. 72, zum Children's Home der Makutupora Kolonie heißt es: "Children born in the Settlement are removed to the home when they are 3 years old".

²⁵⁶ STINNESBECK (1936b) S. 121.

²⁵⁷ MUIR (1939b) S. 33 ff., COOK (1940) S. 102.

²⁵⁸ MACKAY (1947) S. 27.

delt. Auch in anderen Leprakolonien wie in Ndanda war dies der Fall.²⁵⁹ Dabei stand stets auch die allgemeine Gesundheit der Kinder im Vordergrund. Auf die Ernährung und Behandlung der akut das Immunsystem schwächenden Krankheiten wurde besonderer Wert gelegt. Erst dann erfolgte eine Behandlung der Lepra mit Chaulmoogra-Öl.

Während der zahlreich durchgeführten Untersuchungen in den 1950er Jahren in Uganda stellte sich letztlich heraus, dass von allen ausfindig gemachten Leprakranken der prozentuale Anteil an Kindern gerade mal 19 % ausmachte. 1954 wird im Annual Report of the Medical Department berichtet, dass die höchste Inzidenz der Erkrankung nicht in der Kindheit, sondern in einem Alter über 20 Jahre gefunden wurde. Damit wurde die Meinung widerlegt, dass Lepra primär eine Erkrankung der Kinder ist. Man vermutete schon, dass es eine erhöhte Suszeptibilität für die Erkrankung gäbe, diese aber unabhängig vom Alter der Person sei und damit eine Infektion, die sicherlich auch vom aktuellen Gesundheitszustand abhängig war, in jedem Alter möglich ist.²⁶⁰ Vor allem der Anteil der lepromatösen Fälle wurde als besonders infektiös angesehen und stellte nach Aussage der Leprologen die Ursache der Verbreitung der Erkrankung dar.²⁶¹

Soziale Probleme in der britischen Leprabekämpfung

Die britische Leprabekämpfungsstrategie verursachte genauso wie die Lepraarbeit zur deutschen Zeit in Tanzania zahlreiche soziale Probleme. Bemerkbar machten sich diese in verschiedenster Hinsicht.

Innerhalb der Lepraheime und -dörfer gab es durchaus Konfliktpotentiale, die das Leben der Kranken untereinander erschwerte. Ursache hierfür war unter anderem die ethnische Gemengelage innerhalb der Kolonien, die es bereits in Deutsch-Ostafrika gab und sich zur britischen Zeit nach dem Ersten Weltkrieg weiter fortsetzte. MUIR berichtete 1939 aus Kenya, dass Bewohner aus South Kavirondo es verweigern, sich in North oder Central Kavirondo niederzulassen und umgekehrt. Für solche Probleme galt es Lösungen zu finden, um die Lepraarbeit fortsetzen zu können und dadurch die Krankheit ein-

²⁵⁹ MUIR (1939d) S. 60.

²⁶⁰ MEDICAL DEPARTMENT, Uganda (1956a) S. 81.

²⁶¹ BROWN (1956) S. 265.

zudämmen. In diesem Beispiel bestand sie darin, zwei Lepraheime für die jeweiligen Regionen zu gründen.²⁶² Auch das Leben und die Gewohnheiten der Bewohner der Siedlungen waren stark reguliert. Diese Einschränkung der bisherigen Lebensgewohnheiten führte dazu, dass Kranke die Lepradörfer wieder verließen. Aus dem Lepracamp in Ndanda in Tanganyika wurde 1935 berichtet, dass 31 der 78 Patienten geflohen waren.²⁶³ Wie wichtig es war, auch auf die Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen, wird am Lepraheim im Newala Distrikt Tanganyikas deutlich. Dieses lag in 2000-3000 Fuß Höhe an der Grenze zu portugiesisch Ostafrika in einem Gebiet, dass bei weitem nicht genug Wasservorräte für die Leprasiedlung liefern konnte. Die Hauptaufgabe der Bewohner dieses Heimes lag darin, das Wasser aus dem angrenzenden Tal zu holen und die Felder im Tal für die Versorgung des Dorfes zu bestellen. Die Rückverlegung der Leprasiedlung ins Tal wurde dennoch nicht durchgeführt. Zum einen war Malaria in diesem Gebiet hochendemisch, zum anderen fürchteten die Leute immer wieder Übergriffe anderer Ethnien. Aus diesen Gründen zogen sie sich in die höheren Gebiete zurück. Diese Situation wurde akzeptiert und statt der Umsiedlung über Alternativen der Wasserversorgung nachgedacht wie beispielsweise in Form eines Pumpsystems oder Wassertanks zum Sammeln von Regenwasser.²⁶⁴ Dennoch musste man gegen weitere Herausforderungen ankämpfen, für die sich keine einfachen Lösungen finden ließen. Neben Unfruchtbarkeit des zu bestellenden Bodens und Erkrankungen der Bewohner der Leprakolonien an Malaria oder anderen Krankheiten²⁶⁵ sind hier ebenfalls bestimmte klimatische Bedingungen zu nennen, die durchaus zu Ernteaussfällen führen konnten. Da das Konzept der britischen Leprabekämpfung auch auf die Mithilfe der afrikanischen Bevölkerung angewiesen war, wurde es auch von bestimmten gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst. So berichtete SHARP aus der Bunyonyi Leprosy Colony in Uganda 1934: „The Colony has enjoyed the continued co-operation and assistance of the local Administration, which is doing much to further the purposes of the Colony. The anti-leprosy measures would be made still further effective and permanent, were some of the

²⁶² MUIR (1939c) S. 51.

²⁶³ STINNESBECK (1936b) S. 119.

²⁶⁴ COCHRANE (1953b) S. 198.

²⁶⁵ MUIR (1939d) S. 60 heißt es: „At Ndibwa, however, the physique was bad, apparently largely on account of the unfertility of the soil and the frequency of malaria and other weakening diseases“.

native chiefs more capable, and their influence more respected by the peasantry, in parts of the district, where there still remains a great deal of leprosy".²⁶⁶

Ein weiterer Aspekt, der durchaus problematisch war, waren Konflikte zwischen gesunder Bevölkerung und Leprakranken. Zum einen basierten diese auf den Vorteilen Leprakranker gegenüber der gesunden Bevölkerung im Hinblick auf die Grundsicherung. In den Kolonien wurden Ackerland und Nahrungsmittel bereitgestellt, ebenso wie Unterkunft, Unterhalt und Bildung. In einem Bericht eines "medical man" hieß es sogar: „On the other hand, some were quite unmoved on being told that they had leprosy. There were even patients who seemed pleased. 'No more income tax to pay: a blanket free every year; and food when I'm a cripple. I'm better off than I used to be'".²⁶⁷ Zum anderen führte die Isolation Leprakranker in separaten Dörfern und die Sensitivierung der Bevölkerung gegenüber der Lepra dazu, dass die Angst vor der Erkrankung in der Bevölkerung stieg und immer wieder im Vergleich zu anderen Krankheiten eine besondere Stellung in der Gesellschaft einnahm. Dies beeinflusste die Bevölkerung auch noch Jahre später. BAIER schrieb 1969 in seinem Safaribericht des DAHW, dass im Kigezi Distrikt die Bevölkerung wohl eine der „Lepra-feindlichsten“ Ugandas ist. Als SHARP in den dreißiger Jahren mit der Lepraarbeit auf den Inseln des Lake Bunyonyi begann, hatte dieser laut ERNST „(...) seine eigene Vorstellungen und die Angst vor Ansteckung fand ihren Ausschlag in einer damaligen Veröffentlichung“. Als im Laufe der 1960er Jahre bekannt wurde, dass die Lepraarbeit an das Kisiisi Krankenhaus angeschlossen werden sollte, gab es große Proteste seitens der Bevölkerung.²⁶⁸

Die Diagnose Lepra brachte auch Veränderungen für die gesamte Familie mit sich. Als Versorger seine Familie zurücklassen zu müssen, die von einem abhängig war, führte oft dazu, dass die Kranken heimlich in ihre Dörfer zurückkehrten und versuchten, sich vor den Chiefs zu verstecken, um so die weitere Versorgung der Familie gewährleisten zu können. Um dem entgegenzuwirken wurde erlaubt, den gesunden Ehepartner mit in die Kolonie zu bringen. Problematisch hierbei wurde jedoch der Umgang mit ihren gesunden Kindern. Eben diese galt es vor einer Infektion zu schützen, um so die weitere

²⁶⁶ SHARP (1935) S. 73.

²⁶⁷ N. N. (1972) S. 84.

²⁶⁸ DAHW-ARCHIV, BAIER (1969).

Ausbreitung der Lepra zu verhindern. Da die Angehörigen oft selbst für ihre armen Familien sorgen mussten, waren diese häufig nicht bereit, die Kinder ihrer Verwandten aufzunehmen. Auch die Angst vor der Erkrankung stellte einen weiteren Grund dar. Meist erfolgte daher die Unterbringung der Kinder in einer etwas abseits gelegenen Einrichtung, wobei sich die Familien aber noch sehen konnten. Für den Leprakranken war es wichtig zu wissen, dass die Familie versorgt sei, womit sich die Zahl der freiwilligen Aufnahme zur Behandlung in den Leprasiedlungen erhöhen sollte.²⁶⁹

Nachteile freiwilliger Isolation

In der britischen Leprabekämpfung in den Gebieten Ostafrikas, gab es für die Spezialisten nur einen richtigen Weg der Isolation – nämlich durch freiwillige Meldung. Doch auch dieser brachte durchaus Probleme mit sich.

Ähnlich wie zur deutschen Zeit in Ostafrika kamen nicht nur Kranke in die Lepraheime und -dörfer, sondern auch ihre bisher noch gesunden Angehörigen. Aus Tanganyika wurde 1940 aus dem Lepradorf Mwakete mitgeteilt, dass von den dort lebenden 889 Menschen lediglich 270 krank seien. 339 gesunde Kinder lebten ebenfalls in der Siedlung, wobei Kinder über 7 Jahre in einem Haus abseits ihrer kranken Eltern wohnten. Aus Morogoro wurde berichtet, dass neben den 1.556 Patienten außerdem 65 Männer, 172 Frauen, 194 Jungs und 163 Mädchen in der Leprakolonie lebten, die noch nie Zeichen von Lepra aufwiesen.²⁷⁰ Diese wohnten zusammen mit ihren kranken Angehörigen. Auch wenn sie regelmäßig untersucht wurden, um einen eventuellen Ausbruch der Erkrankung schnellstmöglich behandeln zu können, scheinen Kolonien, in denen der gesunde Anteil an Bewohnern größer war als der erkrankte Anteil den Sinn der Isolation nicht zweckmäßig zu erfüllen. Vor allem wenn man bedenkt, dass es für alle jederzeit möglich war, das Lepradorf zu verlassen. Doch so gefährlich dieser Aspekt in dieser Hinsicht scheint, genauso motivierend schien er für Leprakranke. Denn die freiwillige Isolation Leprakranker, die in den bestehenden Dörfern eben nicht wie Gefangene behandelt wurden, war auch ein Grund dafür, dass sich viele neue Patienten meldeten

²⁶⁹ BURGERS (1943) S. 3 f.

²⁷⁰ SENIOR MEDICAL OFFICER Tanganyika (1943) S. 47 f.

und weite Reisen in die Siedlungen auf sich nahmen. Bereits in den 1920er Jahren stellte die Aufnahme und Beherbergung der vielen Neuankömmlinge in den Leprasiedlungen Ostafrikas ein Problem dar.²⁷¹ In Kenya hieß es 1934 im Annual Report des Medical Departments, dass die Zahl der behandelten Fälle durch die Unterbringung in den disposals limitiert wird.²⁷² Für die Lepraarbeit waren außerdem immer mehr finanzielle Mittel nötig. Um für dieses Problem eine Lösung zu finden, mussten Regierung und Missionen kooperieren. Trotz allem kam es nicht selten zu Einsparungen in den verschiedensten Bereichen. So mussten diese zum Beispiel in der Bereitstellung von Nahrungsmitteln erfolgen, wie 1935 aus dem Bericht zur Bunyonyi Leper Colony hervorgeht: „Financially we have balanced the budget, but only at the cost of drastic reductions in expenditure on such items as meat for the lepers, and aid to crippled lepers for food”.²⁷³ Auch Pläne zur Errichtung stabiler Ziegelsteinhäuser in den Leprasiedlungen, wie ebenfalls aus Uganda berichtet wurde, mussten aufgrund knapper finanzieller Mittel zurückgestellt werden. Auch die rapide Zunahme der Meldungen Leprakranker in den Siedlungen, wie in Bunyonyi, führte dazu, dass die zur Verfügung stehenden Mittel zunächst genutzt werden mussten, um einfache Unterkünfte für alle Leprakranken bauen zu können.²⁷⁴ Doch nicht nur die freiwilligen Meldungen führten zum zahlenmäßigen Anstieg der Bewohner der Leprakolonien, sondern auch die Tatsache, dass „ausgebrannte“ oder geheilte Patienten diese nicht mehr verlassen wollten. Kranke hatten sich mit ihren Familien eine neue Existenz aufgebaut und sahen keinen Grund dafür, diese wieder aufzugeben.

Die steigenden Zahlen der Leprakranken in den Kolonien erforderten viel mehr Mitarbeiter als zunächst angenommen. Zwar benötigten die Leprasiedlungen kein Personal für die Aufsicht im Sinne der Verhinderung eines Entlaufens der Kranken, aber für die Organisation der Kolonie. MUIR ging 1939 sogar soweit zu sagen, dass die Strategie der freiwilligen Isolation weitaus zeitaufwendiger war als die erzwungene.²⁷⁵ Die Arbeit und Betätigung der Kranken in den Lepraheimen zu koordinieren war oft die Aufgabe europäischer Health Worker. Am Beispiel der kleinen Leprasiedlungen in Tumutumu und

²⁷¹ BROWN (1957) S. 373.

²⁷² MEDICAL DEPARTMENT, Kenya (1936) S. 122.

²⁷³ GOODCHILD (1936) S. 122.

²⁷⁴ GOODCHILD (1936) S. 121.

²⁷⁵ MUIR (1939a) S. 392.

Chogoria in Zentralkenya, in denen nur 12 bzw. 20 Leprakranke lebten, wird gezeigt, dass es für den dort behandelnden Arzt unmöglich war, diese Aufgaben ebenfalls zu übernehmen. Kleineren Lepradörfern, wie eben auch diese beiden, wurde aufgrund knapper finanzieller Mittel oft kein solches Personal zur Verfügung gestellt.²⁷⁶ Das zeigt, wie wichtig es für die Regierungen der Länder war, mit anderen Organisationen, wie zum Beispiel den Missionen, zusammenzuarbeiten, um gemeinsam die notwendigen Mittel für die komplexe Lepraarbeit aufzubringen.²⁷⁷

Während es in einigen Gebieten Ostafrikas einen hohen Ansturm auf die Leprakolonien und die Leprabehandlung gab, gibt es auch Berichte, zum Beispiel aus Kenya 1934, wo die Nachfrage nach der Behandlung seitens der Afrikaner relativ gering war. Die kenyanische Bevölkerung zweifelte an der europäischen Therapie, da diese Methoden bisher auch keine hundertprozentige Heilung brachten. Aus ihrer Sicht kam es nur in einem extrem geringen Prozentsatz zu einer Verbesserung der Krankheit. Das Medical Department sah das nicht als Problem an. Man war ohnehin davon überzeugt, dass die Zahl der Leprakranken relativ gering sein müsse. Das wurde damit begründet, dass die europäische Medizin in den letzten Jahren so viele Erfolge verzeichnen konnte, dass sie unter den Afrikanern an Prestige gewonnen hatte. Wenn die Inzidenz der Krankheit also wirklich hoch gewesen wäre, war man davon überzeugt, dass sich vielmehr Kranke auch in Behandlung begeben hätten.²⁷⁸

Weitere Nachteile der freiwilligen Isolation Leprakanker zeigte sich genau in dem Bereich, auf den die britische Leprabekämpfung besonders viel Wert legte. Es galt, die Ansteckung von Kindern durch infizierte Eltern zu verhindern. Durchgeführte statistische Untersuchungen, wie auch in der Bunyonyi Leprakolonie im Kigezi Distrikt in Uganda, zeigten, dass 60 % der Kinder leprakranker Eltern im Kleinkindalter angesteckt wurden und sogar 1/3 der Bewohner der Kolonie um 1933/34 unter 16 Jahren waren. SHARP war anhand dieser Zahlen der Meinung, dass es eine Tragödie sei, mit diesen Fakten zuzulassen, dass Eltern weiterhin ihre Kinder davon abhielten, mit in die Leprakolonien umzuziehen. Die Erkennung der frühen Stadien der Erkrankung im Kindesalter war nach

²⁷⁶ MUIR (1939c) S. 54.

²⁷⁷ MUIR (1939a) S. 392.

²⁷⁸ MEDICAL DEPARTMENT, Kenya (1936) S. 122.

seiner Meinung die einzige Möglichkeit, die Krankheit mit guten Chancen heilen zu können. Die Intentionen der einheimischen Bevölkerung, die Kinder nicht in der Leprakolonie leben zu lassen, waren vielseitig und wurden unter anderem folgendermaßen begründet.: „I need them to fetch water for me, and to collect my firewood“.²⁷⁹ Folgender Vorschlag von 1939 macht deutlich, dass mit allen Mitteln versucht wurde, die Absonderung von Kindern infektiöser Eltern umzusetzen: „(...) that special help by way of food or assistance in cultivation be given to infectious parents when removal of children constitutes a difficulty“.²⁸⁰ Damit wollte man den oben genannten Argumenten entgegen wirken, denn ohne Gesetzgebung waren der Leprabekämpfung in dieser Hinsicht die Hände gebunden. SHARP ging 1935 sogar so weit, die Frage in den Raum zu stellen, ob es bezüglich der Prävention der Infektion im Kindesalter nicht eine Regelung geben sollte, durch die betroffene Kinder auch ohne Einverständnis der Aufsichtspersonen in Leprakolonien aufgenommen werden sollten.²⁸¹ Das Problem, dass Leprakranke nicht isoliert wurden und mit „a small army of children“ in engem Kontakt lebten, beobachtet INNES auf seiner Reise 1948 in gesamten Territorium Ostafrikas.²⁸² Und in einigen Gebieten, wie beispielsweise der Lake Province in Tanganyika, stellte er ernüchternd fest: „Segregation of known leprosy cases was not practiced“.²⁸³

²⁷⁹ SHARP (1935) S. 74.

²⁸⁰ MUIR (1939b) S. 33.

²⁸¹ SHARP (1935) S. 74.

²⁸² INNES (1949a) S. 34.

²⁸³ INNES (1949b) S. 201.

7. Leprabekämpfung in Ostafrika nach dem Zweiten Weltkrieg – die Ära der Sulfone

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde mit der Gründung der Vereinten Nationen 1946 für die Kolonien und damit auch für Uganda, Kenya und Tanzania der Weg in die Unabhängigkeit geebnet. Außerdem wurde in diesem Jahr die *World Health Organization (WHO)* gegründet. Lepra wurde als eines der sechs dringendsten Gesundheitsprobleme weltweit eingestuft.²⁸⁴ 1945 wird berichtet, dass die *BELRA* forderte, einen Leprologen für Ostafrika einzusetzen, der die Länder in ihrer Lepraarbeit unterstützen sollte.²⁸⁵ Die ostafrikanischen Governments ernannten schließlich J. R. INNES 1947 zum Inter-territorial Leprologist. Im weiteren Verlauf wurde 1953 J.A.K. BROWN zum Special Leprologist für Uganda, 1956 H. W. WHEATE für Tanganyika.²⁸⁶

Mit der nachgewiesenen Wirkung der Sulfone änderte sich die Lepraarbeit grundlegend. Für viele Patienten kam die Diagnose Lepra einem Todesurteil gleich. Die Hoffnung, sein Leben geheilt in der Heimat und bei seiner Familie fortsetzen zu können, knüpfte man bisher an die Hoffnung, dass Injektionen mit Hydnocarpus-Ölderivaten in den Leprasiedlungen die Krankheit zum Stillstand bringen würden. Mit dem Einsatz der Sulfone wurde die Rückkehr zum ursprünglichen „normalen“ Leben in der Heimat der Patienten zu einem realistischen Ziel. Auch in den ruralen Gebieten Afrikas hatte sich herumgesprochen, dass die Europäer ein wirksames neues Medikament entdeckt hatten. Die schnelle klinische Besserung durch die Medikamente motivierte Patienten zur Therapie, führte jedoch gleichzeitig dazu, dass diese vorzeitig abgebrochen wurde. Die lange Therapiedauer über Jahre führte ebenfalls gehäuft zu Unterbrechungen und vorzeitigem Abbruch der Tabletteneinnahme und förderte damit die Resistenzbildung des *Mycobacterium leprae* gegenüber Sulfonen. Die meisten bestehenden Leprosorien in Ostafrika wurden in Leprazentren umgewandelt, die neben der Betreuung der Erkrankten auch als Ausbildungszentren für Personal dienten.

²⁸⁴ Neben Lepra zählten dazu: Malaria, Schistosomiasis, Filariasis, Onchocercosis und Leishmaniose.

²⁸⁵ MUIR (1945) S. 19.

²⁸⁶ ROGERS (1954a) S. 45.

In Uganda wurden 1947 die ersten Patienten mit Sulfonen behandelt, in Tanganyika 1948. In beiden Ländern wurde das Medikament schließlich 1950 in der Behandlung etabliert, und auch in Kenya begann in diesem Jahr die Therapie mit dem Medikament.²⁸⁷ Die Erfahrungen der letzten Jahre hatten gezeigt, dass die alleinige Absonderung die Inzidenz der Erkrankung nicht verminderte. Die Kosten für Leprasiedlungen stiegen weiter und immer wieder wurde betont, dass Lepra nicht das einzige Gesundheitsproblem in Ostafrika darstellte.

Im November 1952 fand das erste *WHO Expert Committee on Leprosy* in Rio de Janeiro und São Paulo statt. Sechs weitere folgten in unregelmäßigen Abständen. Zu den dort diskutierten Themenkomplexen zählten Epidemiologie, Kontrollmaßnahmen, Klassifikation der Erkrankung, Behandlungsvorschläge sowie Immunologie und Histopathologie der Erkrankung. Nochmals wurde betont, dass „The control of leprosy must be undertaken within the general framework of the health administration of a country and not as a disease apart“.²⁸⁸ Die Isolation durch Zwang wurde erneut abgelehnt, da Patienten oft schon in den frühen Stadien der Erkrankung infektiös seien und sich versteckten. Stattdessen setzte man auf die Behandlung mit modernen Sulfonen in Leprazentren und mobile units. „Offene Fälle“, also infektiöse, sollten, wenn nötig, isoliert werden – zur Nacht, in Lepradörfern, Leprosorien, Krankenhäusern und Asylen für Behinderte. Auch der Schutz der gesunden Kinder vor ihren kranken Eltern in den sogenannten Präventorien wurde empfohlen.²⁸⁹

Die *VI. Internationale Leprakonferenz* in Madrid 1953 stellte einen Wendepunkt der Leprabekämpfung dar, denn dort wurde die Behandlung mit Sulfonen erstmals offiziell empfohlen. Von da an übernahm auch die *WHO* mehr Verantwortung in der Lepraarbeit, vor allem in epidemiologischen Untersuchungen zur Erkrankung und out-patient Behandlung. Die *WHO* und der *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)* unterstützten die Lepraprojekte in den Ländern unter anderem durch die Bereitstellung von Sulfonen.

²⁸⁷ ROGERS (1954a) S. 42 ff.

²⁸⁸ TEICHMANN (1954) S. 63 f.

²⁸⁹ Ebd. S. 63 f.

7.1. Die Etablierung eines einheitlichen Konzeptes für Uganda

Die ethnische Vielfalt und mangelhafte Infrastruktur des Landes machten die Einführung eines einheitlichen Konzeptes zur Leprabekämpfung in Uganda schwierig. Neben Kampala, Jinja und Mbale gab es keine größeren Städte. Die Bevölkerung lebte weitläufig über das gesamte Gebiet verteilt. Zu den Dispensaries und Krankenhäusern mussten Kranke regelmäßig weite Strecken zu Fuß zurücklegen. Zunächst prägte daher eine Vielzahl unterschiedlicher Projekte die ugandische Leprapolitik.

Untersuchungen zur Verbreitung der Lepra

Um eine neue, bessere Leprabekämpfungsstrategie einführen zu können, musste zudem in einem ersten Schritt das genaue Ausmaß der Erkrankung in Uganda festgestellt werden. Es war notwendig, die Anzahl der Patienten, die Verbreitung in den jeweiligen Distrikten, die Zahl der erkrankten Kinder und die Verteilung der verschiedenen Typen der Lepra genau zu ermitteln. Leprologen wie Frank OLDRIEVE (1927), Dr. Robert COCHRANE (1930) oder E. MUIR (1938) bereisten Uganda, um genaue Zahlen zu erhalten. Der Inter-territorial Leprologist für Ostafrika, Dr. Ross INNES, untersuchte 1947/48 in neun Gebieten über das Land verteilt 14.808 Afrikaner und fand dabei eine Inzidenz von 54 pro 1.000. Damit schätzte er die Zahl der Leprakranken in Uganda auf circa 100.000. Die Fortführung der Untersuchungen bis 1950 ergab schließlich nach der Untersuchung von 141.890 Afrikanern eine Prävalenz von 17,8 pro 1.000, womit man rund 80.000 Leprakranke im Protektorat vermutete.²⁹⁰ Die Bereitschaft der afrikanischen Bevölkerung zur Untersuchung war sehr hoch. Dies kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass es erfolgreich gelang, der Bevölkerung begreiflich zu machen, dass INNES' Untersuchungen einen entscheidenden Beitrag zur Heilung der Erkrankung leisteten.²⁹¹

²⁹⁰ INNES (1950) S. 363.

²⁹¹ INNES (1948a) S. 379 f.

Zu diesem Zeitpunkt übernahmen die vier großen ugandischen Leprazentren in Nyenga, Buluba, Lake Bunyonyi und Kumi-Ongino die Behandlung von ca. 3.000 Patienten.²⁹² Letzteres versorgte 1952 mit seinem Einzugsgebiet knapp die Hälfte des ugandischen Protektorats.²⁹³ Besonders erfolgreich waren bis zur Mitte der 1950er Jahre die Zentren in Kumi-Ongino und Lake Bunyonyi. Dort gelang es, die Inzidenz der Lepra von 25-30 pro 1.000 auf 6.1 pro 1.000 zu senken.²⁹⁴ Die Idee, Leprakranke als out-patients zu behandeln, hatte sich zwar schon in den 1930er Jahren nicht durchgesetzt, dennoch betreuten die Zentren auch einige out-patients.

Weitere Untersuchungen bestätigten die Vermutung, dass Lepra besonders im Osten Ugandas, in dem man allein rund 40.000 Leprakranke vermutete, und im Toro Distrikt ein massives Problem darstellte.

Herausforderungen der Datenerhebung

Die Ergebnisse der Untersuchungen waren jedoch nicht unumstritten. Zutreffend wies BROWN 1953 darauf hin, dass es Faktoren gab, die die Untersuchungen so beeinflussten, dass die gemessene Inzidenz von der tatsächlichen abwich. Solche Faktoren reichten vom Aufbau der Studie bis hin zu sozialen Gründen. Auch die Umsiedlung der Bevölkerung ganzer Gebiete aufgrund anderer Erkrankungen wie beispielsweise der Schlafkrankheit konnte plötzlich hohe Inzidenzen der Lepra ergeben, obwohl diese ursprünglich dort gar nicht endemisch war. Auch Wetter, Pflanzzeiten, Ernten und Märkte beeinflussten die Teilnahme an den Untersuchungen der Regionen. Er schlug vor, in neuen Untersuchungen diese Faktoren gleichfalls zu berücksichtigen.²⁹⁵

Daraufhin führte man mehr als 80 verschiedene Studien im Land durch, die aufgrund ihres revolutionären und gut strukturierten Aufbaus auf große Resonanz in der Bevölkerung stießen. Nachdem man sich für ein bestimmtes Gebiet für die Umfrage entschieden hatte, bezog der jeweilige District Officer oder District Health Inspector die jeweiligen

²⁹² Ebd. S. 379 f.

²⁹³ WHEATE (1952) S. 122.

²⁹⁴ ROGERS (1954a) S. 46.

²⁹⁵ BROWN (1953) S. 99.

Chiefs in die Lepraarbeit ein und erklärte diesen den genauen Grund und weiteren Ablauf. In diesem Vorgespräch diskutierte man gleichzeitig die lokalen Bräuche und Sitten der einheimischen Bevölkerung, um diese später mit zu berücksichtigen. Anschließend wurden, wenn möglich gemeinsam, die jeweiligen Bewohner aufgesucht, wobei Steuerregister zu Hilfe genommen wurden. Man erklärte den Einheimischen den Grund und die Wichtigkeit der Untersuchungen. Um im Nachhinein nachvollziehen zu können, wer nicht an den Untersuchungen teilgenommen hatte, verteilte man Tickets, die dann bei der jeweiligen Untersuchung abzugeben waren. Die vorherige Aufklärung motivierte zahlreiche Afrikaner, am Tag der Untersuchung anwesend zu sein und mitzuwirken. Darin zeigt sich die besondere Wichtigkeit hinreichender Aufklärung und Kooperation für den Erfolg einer Studie. Die Untersuchungen wurden im Freien durchgeführt. Um eine gewisse Privatsphäre zu gewährleisten, stellte man eine Art „Umkleidekabinen“ auf. Kein Teilnehmer wurde gezwungen, sich komplett zu entkleiden. Mindestens eine Frau musste vor Ort zur Durchführung der Untersuchung der weiblichen Teilnehmer anwesend sein. Zwei Ärzte und wenigstens zwei Männer waren für die Untersuchung des männlichen Teils der Bevölkerung erforderlich. Anschließend wurden die Ergebnisse mit den Chiefs oder den jeweiligen Repräsentanten der Bevölkerung besprochen, und es wurde, soweit nötig, erklärt, warum die Behandlung der Lepra in dem jeweiligen Distrikt eingeführt werden sollte.²⁹⁶

Vereinheitlichung der Lepraarbeit

Erst mit der Ernennung von BROWN zum Special Leprologist für Uganda sollte sich schließlich eine für das gesamte Land geltende Leprabekämpfungsstrategie etablieren. Ziel war es, eine im ganzen Land durchführbare Strategie, intensiviert in den hochendemischen Gebieten, zu etablieren.²⁹⁷ Im Jahr 1951 stellte BROWN sein Konzept der Primary and Secondary Residential Centres für Uganda vor. Danach sollten die bisherigen Leprazentren in „Primary Residential Centres“ umgewandelt werden, die die jeweiligen Projekte in den einzelnen Gebieten koordinierten. Dort sollten die erforderlichen histopathologischen Untersuchungen und zuverlässige klinische Tests durchgeführt

²⁹⁶ BROWN (1956) S. 259 ff., BROWN (1955c) S. 241 ff., COCHRANE (1953c), S. 190.

²⁹⁷ BROWN (1957) passim.

sowie entsprechendes Personal ausgebildet werden. Neben diesen Primary Residential Centres übernahmen Secondary Residential Centres die Absonderung infektiöser Patienten von der gesunden Bevölkerung. Finanziert und beaufsichtigt wurde deren Tätigkeit durch das Government. Die Secondary Residential Centres hatten ihre Aufgaben ebenfalls in entlegeneren Gebieten wahrzunehmen und dienten gleichzeitig als out-patient dispensaries.²⁹⁸ BROWN fasste das Prinzip der Secondary Residential Centres wie folgt zusammen: „The principle of these will be that the patients (with their families if necessary) will settle in one part of the area near a dispensary outpost“.²⁹⁹

Im Jahr 1951 wurde ein weiteres Leprazentrum in Kuluva gegründet. Die fünf Leprazentren standen unter der Führung von Missionen und wurden durch die *BELRA* und das Protectorate Government unterstützt. Zusammen betreuten sie ungefähr 2.000 in-patients und etwa genauso viele out-patients. Anfang der 1950er Jahre gab es im Protektorat 20 treatment villages. Die Zahlen dieser und der behandelten in-patients stiegen weiter an.³⁰⁰

Mit der Einführung der Sulfontherapie endete die lange Ära des Hydnocarpus-Öls und seiner Derivate. Der Übergang geschah allmählich und während der Übergangsphase verwendete man beide Medikamente gleichzeitig. Die Medikamente stellte das Central Government kostenfrei zur Verfügung.³⁰¹ Die mit der neuen Therapie verbundene lange und kontinuierlich notwendige Einnahme der Sulfontabletten stellte die Lepraarbeit Ugandas in den 1950er Jahren dennoch vor neue, insbesondere logistische Herausforderungen. Die vier großen Leprazentren reichten nicht aus, um eine adäquate Behandlung der Leprakranken absichern zu können. BROWN äußerte sich dazu: „The drugs were in the country but the people could not get them“.³⁰² Führt man sich vor Augen, dass laut BROWN im Jahr 1957 etwa 70.000 Menschen krank waren³⁰³, so ist dies nicht verwunderlich. Es war bis zu diesem Zeitpunkt trotz entsprechender Bemühungen nicht gelungen, die Inzidenz der Erkrankung durch die freiwillige Isolation der Leprakranken in

²⁹⁸ ROGERS (1954a) S. 46.

²⁹⁹ BROWN (1953) S. 103.

³⁰⁰ MEDICAL DEPARTMENT, Uganda (1956a) S. 81.

³⁰¹ BROWN (1956) S. 267 ff.

³⁰² BROWN (1957) S. 375.

³⁰³ Ebd. S. 351.

Lepraheimen und -dörfern zu vermindern. BROWN war sich bereits 1953 bewusst, dass man diese Situation nur durch Programme verbessern könnte, die auf das jeweilige Land abgestimmt waren. Dabei sollte nicht an einem starren Plan festgehalten werden, sondern vielmehr auf die jeweiligen Bedürfnisse der Ethnien und Gegebenheiten der Regionen eingegangen und entsprechende Projekte angepasst werden. Starre Programme würden nur auf einige wenige bestimmte Regionen des Landes passen und wären damit nicht effektiv genug.³⁰⁴

Es war notwendig, eine Strategie zu entwickeln, die die regelmäßige Versorgung der Patienten mit ihren Medikamenten sicherstellte, ohne dass sie mehrmals wöchentlich über mehrere Jahre hinweg kilometerweite Fußwege zu den Dispensaries auf sich nehmen mussten. Die Mitgabe der Tablettenrationen über einen längeren Zeitraum scheiterte oft aufgrund falscher Einnahme oder der Weitergabe der Medikamente an Dritte. Häufig brachen Patienten die Therapie übereilt ab, sobald sich das klinische Bild gebessert hatte. Auch wurde die doppelte Dosis der Medikamente eingenommen in der Hoffnung, die Krankheit damit schneller bekämpfen zu können.³⁰⁵ Dies war ein ernstzunehmendes Problem, das gleichzeitig zur Resistenzbildung führte. BROWN umschrieb die Situation wie folgt: „Unfortunately home segregation in the tropics is an illusion and the most educated people fail to take their prophylactics regularly”.³⁰⁶ Daneben förderten die out-patient clinics die Prävention der Erkrankung nicht, wobei gerade diese ein wesentlicher Bestandteil der Lepraarbeit sein sollte.

Neben den großen Zentren, in welche auch komplizierte Fälle überwiesen werden konnten, wurden daher in Umsetzung des BROWN'schen Konzepts zunehmend kleinere Einrichtungen gegründet. Die Bezeichnung für diese Einrichtungen differierte in den jeweiligen Projekten – Satellite Settlement, Treatment Village, Secondary Residential Centre. Diese Projekte waren entweder durch *Non-governmental Organizations (NGO)* oder die Regierung finanziert und verfolgten gemeinsame Ziele. Man wollte die Bereitstellung von Medikamenten, Case-finding, die Isolation gesunder von kranken Bevölkerungsteilen, die Prävention, Health Education und die Betreuung der out-patients sicherstellen.

³⁰⁴ BROWN (1953) S. 102.

³⁰⁵ N. N. (1951) S. 11.

³⁰⁶ BROWN (1957) S. 375.

Im Jahr 1956 existierten bereits 40 treatment villages, 1975 mehr als 50. Ihr Charakter wurde wie folgt beschrieben: „The Uganda treatment village is not a segregation camp but it results in a large measure of segregation and makes continuity of treatment possible“. In Uganda zog man die Behandlung der Patienten in den Treatment villages der Behandlung dieser in out-patient clinics vor.³⁰⁷ Hierin vereinigten sich die drei Hauptlinien der Leprabekämpfung – kontinuierliche Behandlung, Absonderung und Prävention. Gleichzeitig wurde den Leprakranken die Möglichkeit gegeben, sich in einem neuen sozialen Umfeld zu integrieren und nicht einfach durch Ausgrenzung und Stigmatisierung in der Gesellschaft bei ihrem Kampf gegen die Erkrankung zu kapitulieren. Jegliches Handeln basierte auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Die gesunden Mitglieder sollten beim Bau der Dörfer helfen, deren Aufbau den bekannten, von den Missionen geführten Lepradörfern, ähnelte. Entscheidend waren die Nähe zu einem Krankenhaus oder Health Centre, die ausreichende Wasserversorgung sowie die Bereitstellung von kultivierbarem Land. Die bisherigen großen Leprasiedlungen übernahmen die Ausbildung des neuen, auf die Behandlung von Lepra spezialisierten Personals und die Sorge für Patienten, die besonders beobachtet werden sollten oder eine spezielle Betreuung benötigten. Erste Erfolge waren zu verzeichnen. Im Jahr 1956 befanden sich mittlerweile zwischen 30 und 40 % der Leprapatienten in regelmäßiger Behandlung. Ein großer Fortschritt verglichen zu den Zahlen 1951, als es noch weniger als 5 % waren.³⁰⁸

Rückblickend äußerte sich BROWN wie folgt: “The Uganda plan built up since 1951 has been based on the principle that leprosy can be treated, and the spread of infection controlled, without the expenditure of a disproportionate amount of the country’s revenue and without making too heavy inroads into the time of Medical Officers”.³⁰⁹ Außerdem hoffte er, nicht nur die Prävalenz der Lepra zu senken, sondern die Grundgedanken der Lepraarbeit auch auf andere Gesundheitsprobleme übertragen zu können. Besonders wichtig erachtete er hier das Problem der Isolation bei der Erkrankung an Tuberkulose.³¹⁰

³⁰⁷ MEDICAL DEPARTMENT, Uganda (1956a) S. 81.

³⁰⁸ BROWN (1956) S. 259 ff., BROWN (1957) S. 373 ff.

³⁰⁹ BROWN (1956) S. 260.

³¹⁰ BROWN (1957) S. 379.

7.2. Leprakranke als out-patients in Kenya

Die eigentliche Lepraarbeit in Kenya begann erst in den 1950er Jahren. Zuvor wurden lediglich Untersuchungen zur Ausbreitung der Krankheit angestellt. 1946 wird Lepra im Vergleich zu Tuberkulose als harmlos im Territorium eingestuft.³¹¹ INNES untersuchte 1948 auf seiner viermonatigen Reise durch Kenya ca. 53.814 Afrikaner. Dabei ermittelte er eine Inzidenz der Erkrankung, die bei 10.2 pro 1.000 lag und vermutete 35.200 Leprakranke im Land.³¹² Er meinte, dass der größere Teil dieser „geschlossene“ Fälle sind und zu Hause behandelt werden könnten. Die Zusammenarbeit der Chiefs und Ethnien war unproblematisch und effektiv. Er stellte fest, dass die höchste Inzidenz im Westen Kenyas, den drei Kavirondos lag, in den Küstengebieten eine mäßige Zahl Leprakranker lebte und im restlichen Land vereinzelt Erkrankte zu finden waren. Von den registrierten Fällen befanden sich lediglich 50 bis 60 in Behandlung und 200 Kranke waren in Leprokolonien in Kenya untergebracht.³¹³ Im Jahr 1948 befanden sich lediglich 291 Leprakranke in Behandlung, wobei die Sulfone bisher nicht bereitgestellt wurden.³¹⁴ Die *BELRA* berichtete 1953, dass in dem 1951 gegründeten Leprosorium Itesio im Nyanza Distrikt 2.500 Patienten registriert sind. Die meisten davon laufen als out-patients mehr als 15 Meilen zur Dispensary, um sich ihre Medikamente abzuholen.³¹⁵ Das bisher bestehende Lepraheim in Kakamega wurde dorthin verlegt. Itesio im Westen Kenyas wurde nicht nur zum modernsten Leprosorium in Kenya, sondern auch zum Hauptquartier der Research Unit Ostafrikas der *East Africa High Commission*³¹⁶ in Kooperation mit der *BELRA*. Die Möglichkeit der Therapie zog nach der Eröffnung des Leprosoriums so

³¹¹ ROGERS (1954a) S. 47.

³¹² INNES (1950) S. 363.

³¹³ INNES (1949a) S. 32 ff.

³¹⁴ ROGERS (1954a) S. 47.

³¹⁵ ROGERS (1954a) S. 48.

³¹⁶ Obwohl jedes der drei Länder ein bestimmtes Maß an Autonomie besaß sowie eigene Administration, auch bezüglich des medizinischen Dienstes, wurde 1948 die East Africa High Commission gegründet. Eine Organisation, die bestimmte Interessengebiete Ostafrikas zusammenschloss, die vom Ausbau der Infrastruktur bis hin zu medizinischer Forschung reichten. In der Lepraarbeit resultierte schließlich die Gründung des East Africa Leprosy Research Centres in Itesio aus dieser Vereinigung. Die East African High Commission wurde 1961 in die East African Common Services Organisation umbenannt und bestand von 1967 bis 1977 als East African Community weiter. Uneinigkeit aufgrund politischer Differenzen der Länder und ungleiche Verteilung der Sitze führten zur Auflösung. Im Jahr 1999 gründeten Uganda, Kenya und Tanzania die Organisation erneut. Bis heute besteht die East African Community mit den Mitgliedern Burundi, Rwanda, Kenya, Tanzania und Uganda, um vielfältige gemeinsame Interessen zu vertreten. Siehe auch <http://www.eac.int/home.html>.

viele Leute der Region an, dass es dem Personal zunächst kaum möglich war dem Ansturm der Patienten gerecht zu werden. 1950 zeigten erste Erfahrungen von den Government Medical Officers im Kakamega Lepraheim vielversprechende Ergebnisse, auch was die Moral der Betroffenen und die Patientenzufriedenheit betraf.³¹⁷

Im Jahr 1953 führten die District Medical Officers die Behandlung Leprakranker als out-patients ein. Die Leprologen in Ostafrika betrachteten dies eher kritisch, denn die Probleme der regelmäßigen oralen Sulfoneinnahme, der Handel mit Tabletten auf dem Schwarzmarkt und die Weitergabe an Familienangehörige und Bekannte mit ähnlichen Symptomen und Hauterscheinungen bestanden auch in Kenya. Ebenfalls sah man Schwierigkeiten in der Therapiekontrolle, denn selten wurden bakteriologische Nachuntersuchungen durchgeführt und Patienten, die sich klinisch besserten, waren manchmal trotz allem weiterhin infektiös und mischten sich mit der gesunden Bevölkerung.

Kurative Maßnahmen vor präventiven Ansätzen

Im Jahr 1957 waren durch SMITH erneut Untersuchungen zum Vorkommen der Lepra in Kenya durchgeführt worden. Seine Ergebnisse zeigten, dass am Lake Nyanza und im Westen des Landes, nahe der Grenze zu Uganda die Zahlen Leprakranker hoch waren, im östlichen Kakamega, im Nandi und Kipsigis Gebiet fand man weniger Leprakranke.³¹⁸ Zu dieser Zeit stand die Lepraarbeit in Kenya noch immer am Anfang. Mit dem Prinzip, Patienten in out-patient Departments zu betreuen, versuchte man, auf dem schnellsten Weg die Lepra im Land zu kontrollieren. Trotz der bereits erwähnten Nachteile war man davon überzeugt, präventive Maßnahmen zur Bekämpfung der Erkrankung erst etablieren zu können, nachdem man den ersten großen Teil der kranken Bevölkerung therapiert hatte. Es hieß: „It is accepted that the ultimate control of leprosy must depend on the organisation of treatment centres linked to constructive measures of prevention in the form of isolation of the infective cases either in selected tribal areas or institutions“. Dennoch wollte die Regierung der Nachfrage nach Behandlung mit Sulfonen zuerst gerecht werden, um so das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen. Im weiteren

³¹⁷ News Items, Kenya (1950) S. 425.

³¹⁸ LEIKER (1968) S. 79 f.

Verlauf wollte man dieser durch Ausbildung und Aufklärung das Prinzip isolierender Maßnahmen bezüglich infektiöser Fälle nahe bringen.³¹⁹ Auch Dr. William OUKO, zunächst Medical Officer in Kenya, später auch Ruanda³²⁰, bestätigte das mit der Aussage: „The African (...) likes to experience things for himself“. Mit schnellen und erfolgreichen Ergebnissen, wie auch in der Heilung anderer Krankheiten wie beispielsweise Frambösie, bestärkte man den Glauben in die kurative europäische Medizin. Das war auch der Grund dafür, dass die Afrikaner an Injektionen als ultimatives Mittel für eine Heilung glaubten. Als die europäische Medizin erste Erfolge in Afrika lieferte, waren diese eher kurativen Ursprungs denn präventiven. Eben dies bestärkte den Glauben, dass Krankheiten durch die Heilung der bestehenden Fälle erfolgte und nicht durch Prävention der Erkrankung. Daraufhin schien sich ein Konzept durchzusetzen, nach dem erst die Krankheit des Afrikaners geheilt wurde, um sein Vertrauen zu gewinnen, um ihn im Anschluss daran die Prävention dieser Erkrankung zu erklären. Erst wenn man die Ursache der Krankheit kannte und diese heilen konnte, schätzte man auch weitere Informationen als glaubwürdig ein.³²¹

7.3. Der Kampf gegen Lepra in Tanganyika

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Tanganyika Treuhandgebiet der Vereinten Nationen unter britischer Aufsicht. Aus den Untersuchungen von INNES in den Jahren 1947 und 1949 ergab sich für die Lepra eine Inzidenz von 14,3 pro 1.000.³²² Nach Abschluss dieser korrigierte er die Zahl der bisher angenommenen 80.000 Leprakranken in Tanganyika im Jahr 1950 auf 100.000, mit einer Prävalenz von 17,8 pro 1.000.³²³ INNES schätzte, dass ca. 6.600 infektiöse Fälle in Leprosorien aufgenommen werden müssten. Dies korrespondierte nur begrenzt mit den tatsächlichen Gegebenheiten. 1950 waren insgesamt 4.468 Leprakranke unter Behandlung mit Sulfonen, bis zum Jahr 1951 stieg diese Zahl auf 5.006 an. 1.227 von diesen Patienten wurden in Einrichtungen des

³¹⁹ COCHRANE (1953a) S. 181 ff.

³²⁰ ILLIFFE (1998) S. 100, COUTTS (1958) S. 678.

³²¹ OUKO (1960) S. 167 ff.

³²² INNES (1949d) S. 215 (Surveys: Various places 1947: Inzidenz 14,3; Lake Province 1949: Inzidenz 15,8; Southern Highlands Province 1949: Inzidenz 12,0; gesamt 114.025 untersuchte Personen, darunter 1.631 Leprakranke), INNES (1949c) S. 202.

³²³ INNES (1950) S. 363.

Governments registriert, 3.779 von Missionen. Leprosorien, wie in Chazi und Kolondoto, mussten aufgrund der steigenden Patientenzahlen erweitert werden.³²⁴

Lepraarbeit in Tanganyika – ein umfassendes Konzept

Zum Zeitpunkt der Einführung der Sulfone konnte Tanganyika bereits auf ca. 40 Jahre Lepraarbeit zurückblicken. Diese Zeit war vor allem dadurch geprägt, die gesunde Bevölkerung von kranken Gruppen zu trennen, was darauf beruhte, dass keine Therapiemöglichkeiten vorhanden waren. Dies führte dazu, dass das Bewusstsein der Bevölkerung für die Bedeutung und Gefährlichkeit der Lepra geformt und geschärft wurde. Im Gegensatz zum Umgang mit der Krankheit in Uganda und Kenya verfolgte die Leprapolitik in Tanganyika bereits einen geradlinigen Ansatz. Während in Uganda überhaupt erst in den 1920er Jahren, in Kenya sogar noch später die Beschäftigung mit dem Thema einsetzte und die Lepraarbeit daher noch in den Kinderschuhen steckte, hatte man in Tanganyika bereits reichhaltige Erfahrungen gesammelt. Große Lepraheime wie in Morogoro/Peramiho oder Ndanda waren Zentren, die bereits in deutscher Zeit einen großen Bekanntheitsgrad entwickelt hatten und sogar bis nach der Unabhängigkeit weiter bestanden.

Die Zahl der Leprakranken in Tanganyika überforderte die bestehenden Hilfsangebote. Sie machte es notwendig, selektiv auszuwählen, wer in einem Lepradorf aufgenommen werden sollte. Dies wurde zu einer großen Herausforderung. Neben Patienten aus dem Territorium kamen auch Leprakranke aus den angrenzenden Ländern wie Nyasaland und portugiesisch Ostafrika. Bereits früh hatte man in Tanganyika erkannt, dass für die Bekämpfung der Ausbreitung der Erkrankung lediglich die infektiösen Fälle bedeutsam waren. Die burnt-out cases und Menschen mit Behinderungen, bei denen sich die Lepra schon von selbst limitiert hatte, sollten wieder in ihre Dörfer zurückgeschickt werden. Doch auch das war aufgrund der Stigmatisierung problematisch, denn oft wollte das Heimatdorf die Kranken aus Angst vor Ansteckung nicht wieder in die Gesellschaft aufnehmen. Doch die nicht mehr infektiösen, dennoch meist körperlich beeinträchtigten und behinderten Menschen zurückzuweisen, führte zu einem weiteren Problem. Sich um

³²⁴ ROGERS (1954a) S. 50 ff.

behinderte Menschen zu kümmern, die nicht zum Lebensunterhalt der Familien beitragen konnten, war in Afrika nicht selbstverständlich. Eine Lösung wurde in der Gründung von Siedlungen gesehen, die eben diese Menschen aufnahmen und in denen die Missionen die Fürsorge übernahmen. Diese waren jedoch oft weit von den ursprünglichen Heimatdörfern entfernt.

In Tanganyika behandelte man Patienten nicht nur in Leprasiedlungen, sondern etablierte gleichzeitig out-patient clinics zur Versorgung Kranker mit Sulfonen. 1955 wurde berichtet, dass die Etablierung der out-patient clinics gut voran schritt und in einigen Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte bereits in organisierten Strukturen verlief.³²⁵ Auf die spätere Integration der Lepraarbeit in die Programme des allgemeinen Gesundheitsdienstes hatte vor allem der seit 1956 zum Government Leprologist ernannte WHEATE einen enorm großen Einfluss.³²⁶

7.4. Massenkampagnen

Mit der Etablierung der Sulfone war letztlich die Bekämpfung der Erkrankung in Massenkampagnen möglich. Man erhoffte sich dadurch eine schnelle Senkung der Prävalenz in den betroffenen Gebieten. Besonders geeignet war diese Form der Leprabekämpfung, auch aus finanzieller Sicht, für Gebiete, in denen die Lepra besonders endemisch war. Hierbei sollte eine große Anzahl an Helfern eine möglichst hohe Zahl an Patienten mit Hilfe eines standardisierten Programms behandeln. Effektivität und Erfolg hingen von der zentralen Planung der Kampagnen ab, vor allem jedoch von der Arbeit der Verantwortlichen und deren Motivation in den Peripherien. Dieses „paramedical“ Personal musste für einen Erfolg besonders gut ausgebildet werden. Aus ökonomischen und zeitlichen Gründen hatte dieses vorab bezüglich ihrer Aufgaben jedoch meist eine schlechte Ausbildung erhalten.

Das *Zweite WHO Expert Committee on Leprosy* im Jahr 1959 empfahl zur Leprakontrolle nach einleitenden Untersuchungen zur Erkrankung im jeweiligen Land zunächst case-

³²⁵ MEDICAL DEPARTMENT, Tanganyika (1956b) S. 169.

³²⁶ BALSLEV (1989) S. 21 f.

finding Programme durchzuführen, denen nach epidemiologischen Untersuchungen ein Pilotprojekt in einem bestimmten Gebiet folgte und erst danach in eine Massenkampagne für ganze Gebiete umgesetzt werden sollte.³²⁷ Die regelmäßige Bereitstellung der Medikamente für die rurale Bevölkerung des Gebiets sollte dabei am besten an bestimmten Tagen erfolgen, um so durch Routine für die Betroffenen bessere Erfolge erzielen zu können. Trotzdem gab es Probleme bei der Compliance. Weite Wege zu Dispensaries oder Treatment villages im Rahmen der out-patient Behandlung konnten einige Patienten, vor allem diese mit Komplikationen, nicht regelmäßig zurücklegen oder verschlechterten die gesundheitliche Situation, beispielsweise durch Ulcerationen an Füßen, hervorgerufen durch lange Fußmärsche auch ohne Schuhe. Patienten, deren Wege so weit waren, dass ein Besuch der Dispensaries in regelmäßig kurzen Abständen nicht möglich war, bekamen Tablettenrationen mit, die länger als einen Monat reichen sollten. Die verminderte Supervision brachte hier wiederum Probleme mit sich, vor allem im Bezug auf regelmäßige Einnahme der Medikamente sowie die Weitergabe oder der Verkauf der Tabletten an Dritte.³²⁸ Um hier ein gewisses Maß an Kontrolle zu haben, versuchte man in Experimenten zum Beispiel die Urinkonzentrationen der Abbauprodukte der Sulfone zu bestimmen, um damit die Einnahme der Tabletten überprüfen zu können. Im Endeffekt erwiesen sich solche Aktionen jedoch als zu zeitaufwendig, zu teuer und unpraktikabel für rurale Gegenden.³²⁹

Man realisierte mit der Zeit, dass Massenkampagnen mit dem Schwerpunkt der medikamentösen Behandlung der Leprakranken das Problem Lepra nicht vollends lösten. BROWN schrieb 1960, dass die alleinige Behandlung mit Sulfonen nicht zur Senkung der Inzidenz der Erkrankung führen würde, denn am Ende war es immer noch wichtig, dass das Individuum und dessen Reintegration in die Gesellschaft im Mittelpunkt stehen sollten. Treffend formulierte er: „(...) the mass method may achieve quantitative satisfaction, but qualitatively its weakness is its lack of individuality”.³³⁰

³²⁷ WHO (1959).

³²⁸ WILLIAMS (1953) S. 136.

³²⁹ HUIKESHOVEN (1976) S. 201 ff.

³³⁰ BROWN (1960a) S. 22 f.

In den 1960er Jahren gelangte man zu der Überzeugung, dass Lepra eine Krankheit ist, die mit guter Planung und zentraler Koordination in den endemischen Ländern durch Projekte, die neben der Bereitstellung von Medikamenten auch präventive und soziale Aspekte umfasst, eliminierbar sei. Der Optimismus war jedoch nicht von langer Dauer. Die frustrierenden Zahlen der Resistenzen in der Behandlung mit Sulfonen stiegen in den 1970er Jahren in den endemischen Ländern stetig an, was einen herben Rückschlag für die Lepraarbeit bedeutete.

8. Leprabekämpfung in Tanzania, Uganda und Kenya seit der Unabhängigkeit

Auf dem Weg in die Unabhängigkeit überschlugen sich neben den politischen Ereignissen innerhalb der Länder auch die Ereignisse in der Entwicklungshilfe. Angesichts der zahlreichen Veränderungen seit Anfang der 1960er Jahre kann lediglich ein kurzer Abriss der Entwicklungen dargestellt werden, der im Rahmen dieser Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Die Darstellung muss sich naturgemäß auf die Meilensteine in der weiteren Entwicklung beschränken. Die folgende Betrachtung der Lepraarbeit Tanzanias bezieht sich vor allem auf das Festland und damit die Gebiete des ehemaligen Tanganyikas.

1957 wurde das *Deutsche Aussätzigen Hilfswerk (DAHW)*³³¹ gegründet, um aktiv an der Bekämpfung der Lepra mitzuarbeiten. Seit den 1960er Jahren übernahm es die Unterstützung einiger schon lang bekannter Leprosorien – vor allem in Tanzania und Uganda. Um die Lepraarbeit der verschiedenen Organisationen besser koordinieren zu können, wurde im Jahr 1966 in Bern *The European Co-ordinating Committee of Anti-Leprosy Associations (ELEP)* gegründet. Neben dem DAHW, als eines der Gründungsmitglieder, waren auch andere in Ostafrika tätige Organisationen Mitglieder dieses Netzwerkes, wie zum Beispiel seit 1966 *The Leprosy Mission International*³³², seit 1969 *Netherlands Leprosy Relief (NLR)*³³³ und seit 1976 die *BELRA*³³⁴, um nur einige zu nennen. 1975 wurde *ELEP* in *International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP)*³³⁵ umbenannt, die heute für den internationalen Zusammenschluss 14 unabhängiger Organisationen³³⁶ mit dem Schwerpunkt der koordinierten und effektiven Leprabekämpfung steht.

³³¹ Vgl. Kapitel 8.6. Das DAHW in Ostafrika sowie www.dahw.de.

³³² www.leprosymission.org.

³³³ www.leprastichting.nl.

³³⁴ *BELRA* wurde in den 1950er Jahren zu *LEPRA Health in Action* umbenannt, siehe auch www.leprahealthinaction.org.

³³⁵ www.ilep.org.uk.

³³⁶ ILEP ANNUAL REPORT 2008-2009; Mitgliederorganisationen: Associazione Italiana Amici die Raoul Follereau (AIFO), American Leprosy Missions (ALM), CIOMAL Foundation (CIOMAL), Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW), Damian Foundation Belgium (DFB), FAIREMED Health for the Poorest (FAIRMED), Fondation Luxembourgeoise Raoul Follereau, Fondation Raoul Follereau (FRF), Health in Action (LEPRA), Netherlands Leprosy Relief (NLR), Fontilles Lucha contra la Lepra (SF), Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF), Le Secours aux Lépreux (SLC), The Leprosy Mission International (TLMI).

Die Resistenzlage des *Mycobacterium leprae* gegenüber Sulfonen wurde zu einem Problem, das die Leprologen in den 1970er Jahren immer mehr beschäftigte und zwang, über Alternativen nachzudenken. Auf der 30. Weltgesundheitsversammlung der WHO im Jahr 1977 wurde darauf aufmerksam gemacht, dass das „*Research and Training in Tropical Diseases Programme*“ aus diesem Grund besonderen Wert auf die Forschung zur Immunologie der Lepra sowie die Weiterentwicklung der Chemotherapie legen sollte. Medikamente wie Clofazimin, Rifampizin und Thiacetazone erwiesen sich als wirksam gegen das Leprabakterium, waren jedoch teuer und im Vergleich zu Sulfonen relativ toxisch.

Auf der Konferenz von Alma Ata 1978 wurde das Konzept der *Primary Health Care (PHC)* beschlossen. Grundlegend hierfür ist die Auffassung, dass Gesundheit, „(...) which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector“.³³⁷ Das Hauptaugenmerk sollte unter anderem auf der Ausbildung der Bevölkerung in Gesundheitsfragen, Ernährung, Hygiene und Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung liegen sowie auf der Mutter-Kind-Fürsorge, Family Planning und der Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten durch Impfungen. Darüber hinaus stand die Kontrolle, Prävention und Behandlung endemischer Krankheiten in den jeweiligen Ländern und die Bereitstellung wichtiger Medikamente im Vordergrund. Für die Umsetzung der *PHC* war man auf die Mitarbeit in drei Bereichen angewiesen – die Kooperation der Gesundheitsministerien durch entsprechende Regelungen und die Bereitstellung finanzieller Mittel, aktive Mithilfe der Bevölkerung unter anderem durch Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Ausbildung, Weiterbildung und Motivation der Health Workers.³³⁸

Im Jahr 1982 wurde durch die WHO die MDT in der Leprabekämpfung eingeführt und das „*Goal to eliminate Leprosy by the Year 2000*“ formuliert. Dabei sollte die Prävalenz

³³⁷ WHO/UNICEF (1978).

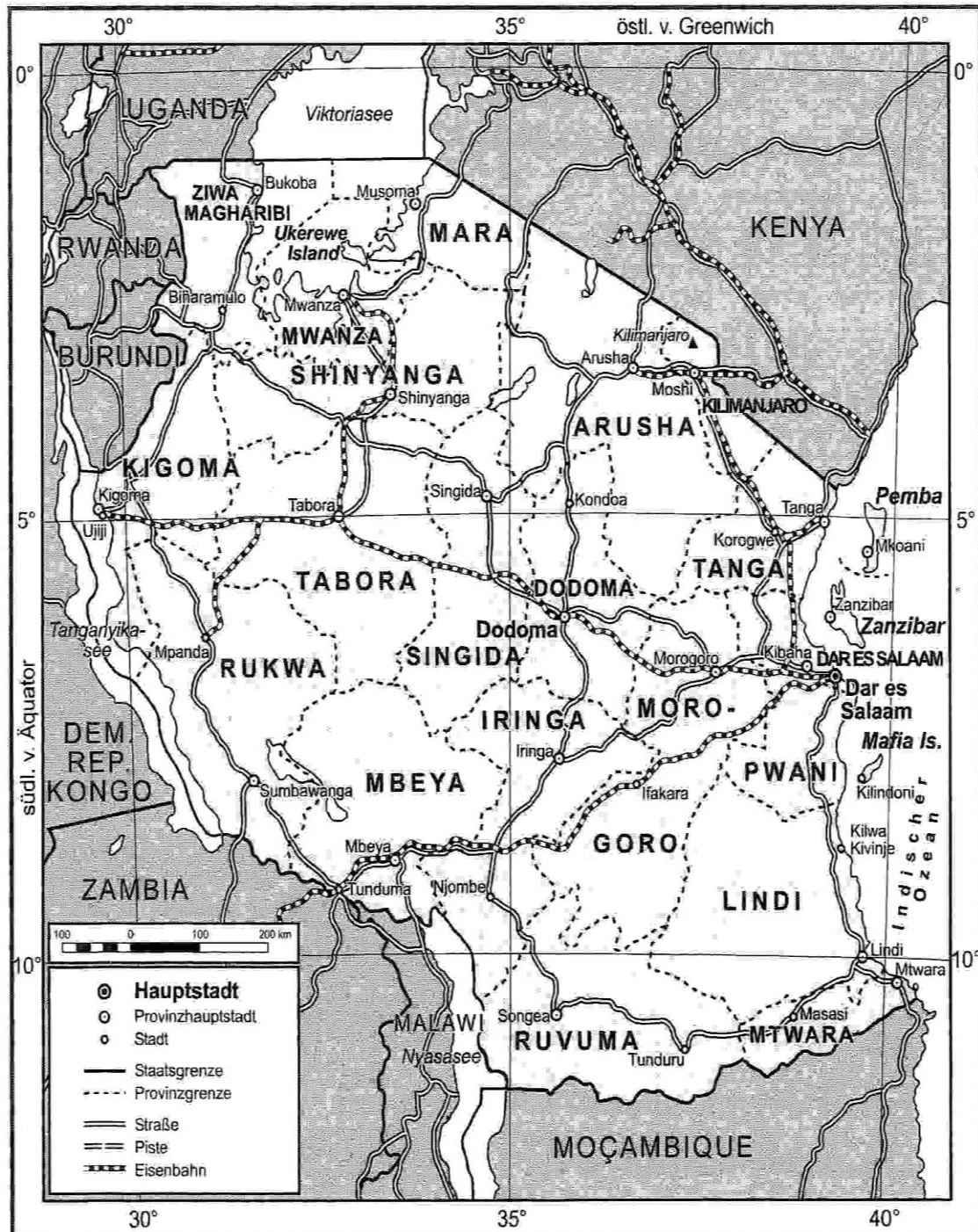
³³⁸ NKINDA (1982) passim.

der Erkrankung der noch endemischen Länder unter 1/10.000 gesenkt werden. Das Ziel wurde indes nicht erreicht. Die *Final Push Strategie* der WHO sollte dieses bis 2005 verwirklichen. Fortgesetzt wurde das Programm der WHO zur Bekämpfung der Lepra durch die *Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities: 2006-2010* und die *Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy: 2011-2015*.³³⁹

Die folgenden Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen die Provinzen der Länder Tanzania, Uganda und Kenya nach der Unabhängigkeit und sollen zur besseren Orientierung im Rahmen der folgenden Abschnitte dienen.

³³⁹ Vgl. Kapitel 2. Lepra – ein Public Health Problem.

Tanzania

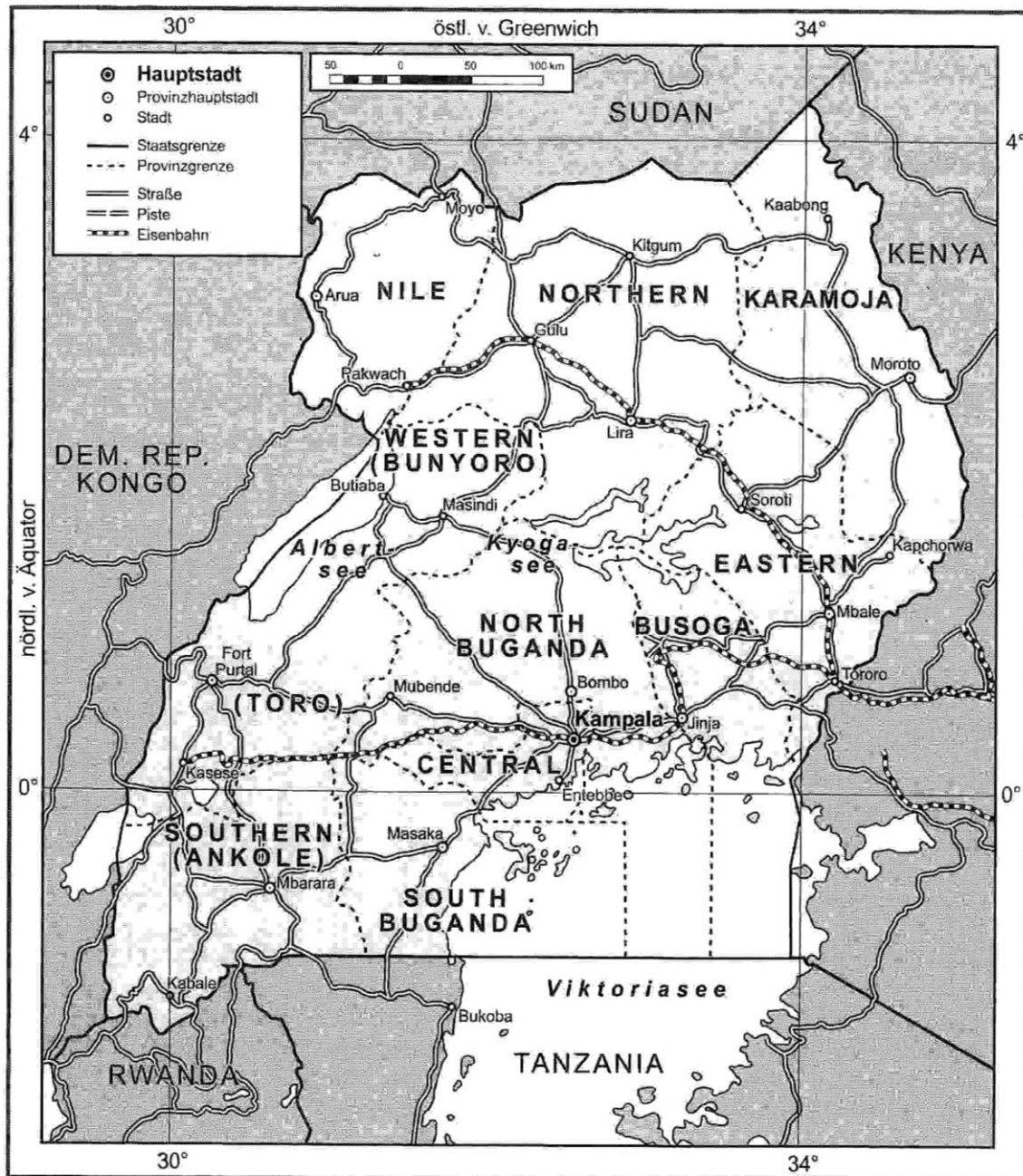


Kartographie: Roman Dangl, 2003

Abbildung 6: Karte Tanzania nach der Unabhängigkeit

Quelle: Schicho W. Handbuch Afrika, Nord- und Ostafrika. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2004: 310

Uganda

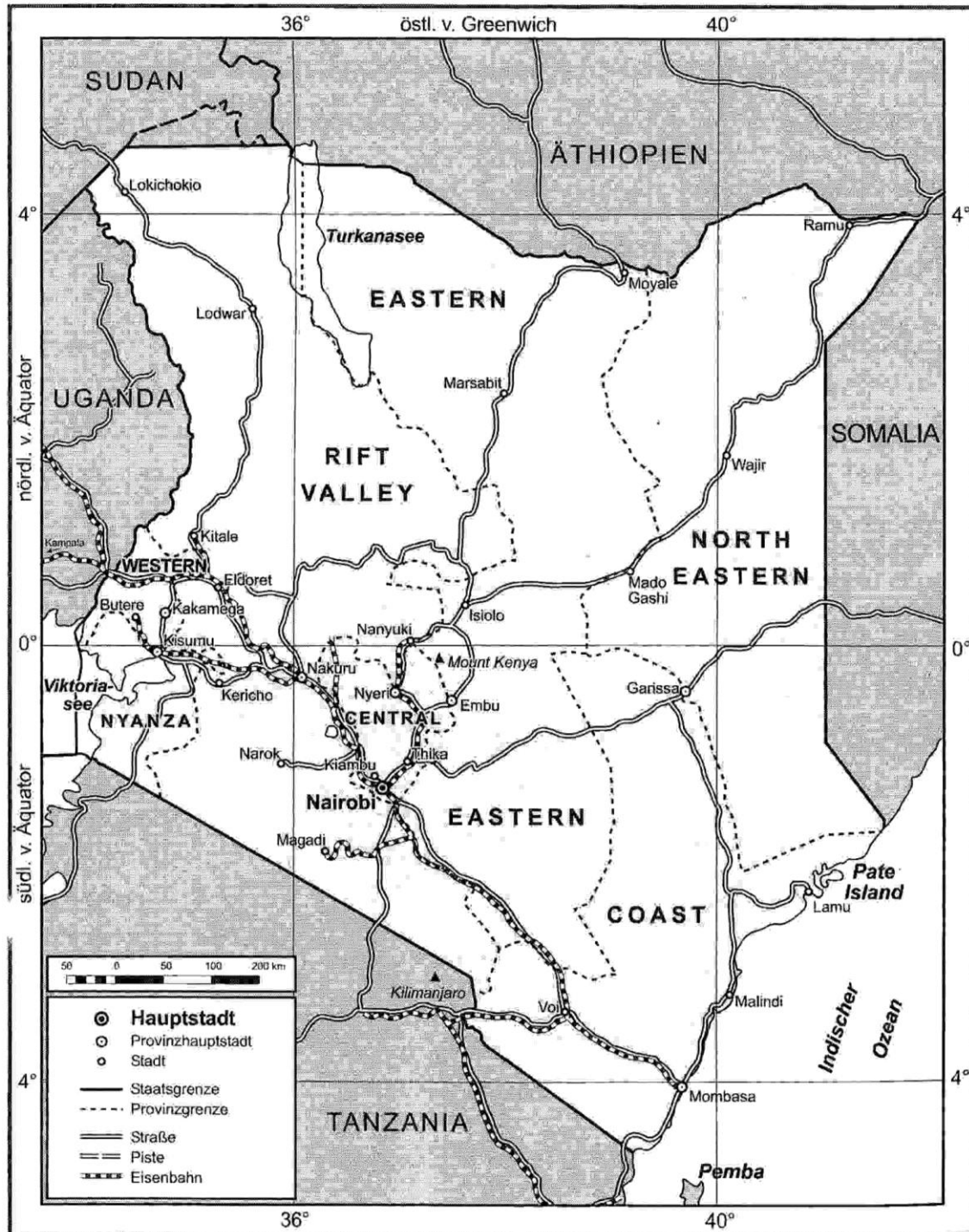


Kartographie: Roman Dangi, 2003

Abbildung 7: Karte Uganda nach der Unabhängigkeit

Quelle: Schicho W. Handbuch Afrika, Nord- und Ostafrika. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2004: 286

Kenya



Kartographie: Roman Dangl, 2003

Abbildung 8: Karte Kenya nach der Unabhängigkeit

Quelle: Schicho W. Handbuch Afrika, Nord- und Ostafrika. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2004: 260

8.1. Das Ende der 1950er Jahre – Ostafrika zieht Bilanz

Die Lepraarbeit der letzten zehn Jahre vor der Unabhängigkeit der Länder führte dazu, dass sich, wie bereits dargestellt wurde, in Uganda, Tanzania und Kenya drei unterschiedliche Konzepte entwickelt hatten. Das erklärt unter anderem auch die unterschiedliche Anzahl an Leprosorien in diesen drei Ländern. Um die Entwicklung der Lepraarbeit weiter darstellen zu können, sollen die folgenden Fakten und Zahlen der Jahre 1958 und 1959 verdeutlichen, mit welcher Ausgangssituation man die drei ostafrikanischen Länder in die Unabhängigkeit entließ.

Leprabekämpfung in Zahlen und Fakten

In Kenya wurde die Zahl Leprakranker 1959 auf 25.000 geschätzt.³⁴⁰ Lediglich zwei große Leprosorien gab es in diesem Gebiet. Das Alupe Leprosorium, auch bekannt als Itesio Leprosorium, im Nyanza Distrikt, das ebenfalls als East African Leprosy Research Centre fungierte, und das Tumbe Leprosorium an der Küste Kenyas, das sich vor allem um obdachlose Leprakranke sowie behinderte „ausgebrannte Fälle“ kümmerte. Leprakranke in Kenya wurden fast ausschließlich als out-patients behandelt.³⁴¹

In Tanganyika gab es im Jahr 1959 insgesamt 22 Leprosorien, wobei fünf vom Government und 17 von Missionen und Native Authorities geführt wurden.³⁴² Neben diesen zahlreichen Leprosorien, in denen 1958 rund 4.700 in-patients³⁴³ versorgt wurden, hatte sich außerdem das Konzept der out-patients-Behandlung in den letzten Jahren durchgesetzt und bewährt. 344 out-patient clinics versorgten rund 29.000 Patienten.³⁴⁴ Zu den sieben bekanntesten Leprosorien zählten Makete, Chazi, Peramiho, Ndanda, Mngehe, Kolandoto und Makutapora. Im Mtindiro Lepraheim in der Tanga Province wurden vor allem die durch die Folgen der Lepra behinderten Menschen aufgenommen, denen es nicht möglich war, sich eigenständig zu versorgen.³⁴⁵

³⁴⁰ GARROD (1961a) S. 237.

³⁴¹ Ebd. S. 237, MINISTRY OF HEALTH (1964) S. 337.

³⁴² GARROD (1960) S. 479.

³⁴³ H.W.W. [WHEATE] (1960) S. 479.

³⁴⁴ Ebd. S. 479.

³⁴⁵ H.W.W. [WHEATE] (1956) S. 347.

In Uganda hingegen verfolgte man ein Konzept, das aus Leprosorien und Treatment villages bestand, die gleichzeitig out-patient services zur Verfügung stellten. In Untersuchungen hatte man festgestellt, dass Patienten meist Wege von mehr als zehn Meilen zu den Dispensaries zurücklegen mussten, was darin begründet war, dass viele ugandische Familien nicht in Dorfgemeinschaften lebten, sondern über ein großes Gebiet weitläufig verteilt waren. Um die Kontinuität in der oralen Sulfontherapie gewährleisten zu können, war die Möglichkeit der Unterbringung in den Treatment villages gegeben bis Patienten nicht mehr weiter infektiös waren.³⁴⁶ 1959 vermutete man in Uganda 70.000 Leprakranke.³⁴⁷ 73 Treatment villages sowie fünf Leprosorien in Buluba, Nyenga, Kumi-Ongino, Bunyonyi und Kuluva versorgten 32.217 Afrikaner mit Medikamenten, wobei rund 7.000 Unterkünfte für Kranke bereitgestellt wurden.³⁴⁸

8.2. Grundsätzliche Veränderungen der Lepraarbeit

Mit der Entdeckung der Wirksamkeit der Sulfone folgte die erste große Wende der Leprabekämpfungsstrategien, die schließlich zu den bisher beschriebenen Grundstrukturen der Lepraarbeit in den jeweiligen Ländern führte. In diesem Zusammenhang erschien das von COCHRANE 1959 herausgegebene Standardwerk zur Lepraarbeit „Leprosy in Theory and Practice“. Nach der Unabhängigkeit folgte ein weiterer grundsätzlicher Wandel der Lepraarbeit im Osten Afrikas, welcher schließlich mit den *Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogrammen*³⁴⁹ endete. Dieser vollzog sich jedoch auf ganz unterschiedliche Weise in Uganda, Kenya und Tanzania, so dass diese Programme nicht gleichzeitig eingeführt wurden.

Nicht die Krankheit, sondern der Mensch soll im Vordergrund stehen

Die Ergebnisse der durchgeführten Massenkampagnen zeigten, dass die individuelle Komponente in der bisherigen Leprabekämpfungspolitik entscheidend fehlte. Dies spiegelte vor allem die Zahlen der registrierten Patienten im Vergleich zu den sich wirklich in Behandlung befindlichen Patienten wider sowie die steigende Zahl der Patienten, die

³⁴⁶ BROWN (1960b) S. 3 ff.

³⁴⁷ GARROD (1961b) S. 238.

³⁴⁸ Ebd. S. 238.

³⁴⁹ Die Strukturen dieser waren letztlich in den drei Ländern gleich, werden jedoch in Kapitel 8. Leprabekämpfung in Tanzania, Uganda und Kenya seit der Unabhängigkeit vorgestellt.

die Sulfonbehandlung immer wieder pausierte oder vorzeitig abbrach. Die soziale Betreuung in Form der bisherigen Kampagnen reichte nicht aus. Anfang der 1960er Jahre rückte dieser Aspekt, bestehend aus Einstellung und Umgang des Individuums und der Gesellschaft mit der Krankheit, Rehabilitation und Gesundheitsbildung in den Vordergrund.³⁵⁰ Betont wurde dies insbesondere auf dem *VIII. Internationalen Leprakongress* im Jahr 1964.³⁵¹ Dabei wurde erneut die Wichtigkeit der präventiven Arbeit hervorgehoben, die durch intensive Aufklärung der Bevölkerung beispielsweise in Schulen gleichzeitig zur Massenbehandlung der Patienten mit Sulfonen erfolgen sollte. Für die Senkung der Erkrankungszahlen schien es entscheidend, diesen Aspekt in die Lepraarbeit zu integrieren. Gleichzeitig musste Personal ausgebildet werden, das die Kampagnen in erster Instanz, sprich in der Bevölkerung durchführen konnten. Die Bedeutung der frühen Diagnose, der leichten Erreichbarkeit von Medikamenten in der Lepraarbeit und die Notwendigkeit, dass sich die soziale Einstellung der Bevölkerung gegenüber Leprakranken ändern müsse, wurde immer wieder betont. Auch für das Personal war es wichtig, nicht nur die rein wissenschaftliche Seite der Leprakontrolle zu verstehen, sondern auch die psychologische Komponente der Erkrankung mit einzubeziehen. Erste Veränderungen zur Verbesserung der Lebensqualität und Individualität zeigten sich in Programmen wie dem *East Africa Rehabilitation Project* in Alupe, Kenya, Anfang der 1970er Jahre. Es handelte sich dabei um ein Projekt, das durch die Regierung und die *Netherlands Leprosy Relief (NLR)* im Auftrag der *ILEP* gefördert wurde, mit dem Schwerpunkt der Prävention und Versorgung von Behinderungen – nicht nur im Kontext von Lepra, sondern auch anderer zu Behinderung führender Erkrankungen. Nebeneffekt sollte auch hier der Abbau von Vorurteilen gegenüber der Krankheit sein. Neben Physiotherapie stellte der chirurgische Bereich einen großen Teil der Arbeit des Projektes dar. Auf sogenannten „surgical safaris“ wurden Operationen durchgeführt und gleichzeitig lokales Personal der Krankenhäuser ausgebildet, um, wenn die Bedingungen es erlaubten, kleinere Eingriffe selbst durchführen zu können. Die teilnehmenden Krankenhäuser waren zunächst das Sikonge Leprosy Hospital und Hombolo Leprosy Hospital in Tanzania, das Tumbe Leprosy Centre in Kenya und das Kumi Leprosy Centre sowie Buluba Hospital in Uganda. Letztere wurden aufgrund der politischen

³⁵⁰ Vgl. Kapitel 11.1. Lepraarbeit ist mehr als nur Isolation.

³⁵¹ REPORT (1964) passim.

Instabilität in späteren Jahren nicht mehr besucht. Der Transport mit Autos wurde durch die *NLR* finanziert, die Besuche der Leprakrankenhäuser per Flugzeug und die Kooperation mit dem *Flying Doctor Service* weiterhin durch das *DAHW*.³⁵² Der *Flying Doctor Service* war in Ostafrika unter Michael WOOD schon in den 1960ern aktiv geworden. Im Rahmen dessen wurde ein Funk-Service eingerichtet, der es den Lepraeinrichtungen ermöglichte, Kontakt mit Spezialisten aufzunehmen, wenn sie fachärztliche Hilfe benötigten. 1966 wurde berichtet, dass monatlich rund 1.100 Konsultationen per Funk stattfanden und sogar zweimal wöchentlich Tonband-Unterricht erfolgte.³⁵³ Im Jahr 1969 flog der *Flying Doctor Service* insgesamt 42 Stunden für die Versorgung Leprakranker, 1971 waren es 67,5 Stunden.³⁵⁴

Vom Leprosorium zum Basisgesundheitsdienst

Ende der 1960er Jahre forderten viele Leprologen, die Lepraarbeit schließlich Teil der Basisstruktur des Gesundheitsdienstes der ostafrikanischen Länder werden zu lassen, in der, wenn nötig, in regelmäßigen Abständen Spezialsprechstunden stattfinden sollten. Da die Lepra jedoch auch in Ostafrika stets einen speziellen Status hatte und immer wieder spezielle Aufmerksamkeit durch spezialisierte Institutionen wie Leprosorien und bestimmte Projekte erhielt, entwickelte sie sich zu einer Krankheit abseits der allgemeinen Gesundheitsversorgung, die in der Bevölkerung nicht mit anderen Infektionskrankheiten gleichgesetzt wurde. Dadurch verstärkte sich die Problematik der Vorurteile gegenüber der Erkrankung. 1970 nahmen 30 Ärzte Ostafrikas, die in die Behandlung der Lepra involviert waren, an einem Treffen in Kampala, Uganda, teil. Hier wurden Leitlinien für die Lepraarbeit in dieser Region Afrikas beschlossen. Die Absonderung Leprakranker in speziellen Lepraheimen lehnte man eher ab, vielmehr sollten die bestehenden medizinischen Versorgungsstandpunkte genutzt und erweitert werden, um so Medikamente für Kranke in erreichbarer Distanz bereitstellen zu können. Dies führte letztendlich zu einem Umschwung von vertikalen Massenkampagnen zur Lepraarbeit in den bestehenden Dispensaries, Health Centres und Krankenhäusern.³⁵⁵ Leprosorien sollten dennoch vorhanden sein, um komplizierte Fälle durch speziell ausgebildetes

³⁵² DAHW-ARCHIV, ANDERSON (1977).

³⁵³ DAHW-ARCHIV, Aktennotiz über Besuch Dr. Wood (1966).

³⁵⁴ DAHW-ARCHIV, Report Flying Doctor Service (1969).

³⁵⁵ Vgl. Kapitel 9.2. Die Integration nationaler Programme in den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Personal adäquat behandeln zu können.³⁵⁶ Dies konnte auch in den Krankenhäusern der Länder erfolgen. Spezielles Personal sollte grundsätzlich eingesetzt und ausgebildet werden, vor allem für die Nachsorge und Betreuung der Fälle, die größere Aufmerksamkeit benötigten, jedoch stets in Zusammenarbeit mit den allgemeinen Gesundheitsdiensten. Zur Vereinfachung für Patienten war es wichtig, dass Leprosy Clinics regelmäßig stattfanden und Medikamente immer an den gleichen Dispensaries und Health Centres bereitgestellt wurden. Auch für das Personal sollte eine Art Routine geschaffen werden, zum Beispiel in Form von Behandlungsschemata und einheitlicher Klassifikation der Lepratypen, um die Arbeit strukturieren zu können.³⁵⁷

Dieser Wandel brachte neue Herausforderungen mit sich. 1973 fasste HARRIS, Direktor der *LEPRA (BELRA)*, deren Ziel immer noch die Eradikation der Erkrankung war, zusammen: „While adequate drugs are available to cure the majority of the cases, the main problem is one of administration, politics, and the availability of suitable reliable personnel to work in the field“.³⁵⁸ Viele Pilotprojekte in bestimmten Regionen in Tanzania und Uganda versuchten, eine optimale Lösung hierfür zu finden. Die schon aus früheren Jahren bekannte Verbindung der Lepra und Tuberkulose führte 1977 zur Zusammenarbeit der *International Union against Tuberculosis*, der *ILEP* und anderen NGOs mit dem Ziel, kombinierte Lepra- und Tuberkuloseprogramme zu unterstützen oder Programme zu etablieren, die die Bekämpfung der Lepra und Tuberkulose mit Hilfe des allgemeinen Gesundheitsdienstes durchführten.³⁵⁹

Leprabekämpfung benötigt immer mehr finanzielle Mittel

Die in den letzten Jahren steigenden Patientenzahlen hatten zur Folge, dass man immer größere finanzielle Mittel in der Lepraarbeit benötigte. Dafür war es notwendig, die bisher zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen noch besser und koordinierter in den Endemie-Ländern zu verteilen. Einen großen Teil dieser beanspruchte die Bereitstellung der medikamentösen Therapie³⁶⁰, aber auch die Versorgung der behinderten

³⁵⁶ WHEATE (1969a) S. 142.

³⁵⁷ DAHW-ARCHIV, Kitui Leprosy Control Project (1971).

³⁵⁸ HARRIS (1973) S. 168.

³⁵⁹ WHO (1977) S. 152.

³⁶⁰ CLYDE (1962) S. 160.

Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen waren, da eine Selbstversorgung in Folge der Krankheit nicht mehr möglich war. Die Zahl dieser Patienten stieg in den Leprosorien immer weiter an, womit auch die Kosten stiegen. Die Ansichten bezüglich der Versorgung dieser änderten sich jedoch. So berichtete beispielsweise Hermann KOBER, Gründungsmitglied und Präsident des *DAHW*³⁶¹, 1970 aus Tanzania: „Die Regierungs-Policy geht dahin, die Sippe, die Dorfgemeinschaft auf ihre Pflichten hin zu erziehen, arbeitsunfähige und körperbehinderte Mitglieder der Gemeinschaft mitzuunterstützen. Frei werdende Plätze in den Leprosorien sollen nicht mehr von Dauerpatienten neu belegt werden. Somit soll die Zahl der Krüppelfälle in den Leprosorien im Laufe der Zeit abnehmen“.³⁶² Aber auch Regionen mit eher niedrigen Erkrankungsra-

ten verschlangen Unsummen an Geldern, da zum Beispiel Treatment villages mit zu niedrigen Patientenzahlen letztlich nicht wirtschaftlich waren und immer wieder zusätzliche Mittel benötigten. Die Unterbringung der gesunden Kinder erkrankter Eltern war ebenfalls ein Aspekt, der dabei bedacht werden musste. Zum einen versuchte man die Eltern über die Möglichkeit der Ansteckung zu unterrichten und ihnen dabei präventive Möglichkeiten aufzuzeigen, zum anderen entsprach die Isolation der Kinder nicht mehr den neueren Erkenntnissen der Zeit. Dies wurde auch auf der *WHO Conference on Leprosy Control in Africa* deutlich gemacht: „Finally the participants deemed it undesirable and inhuman to snatch children from parents, even when contagious. It appears possible to protect them preventively thanks to administration of sulfones to family contacts. Before weaning, breast milk from a “sulfoned” mother is an adequate protection for the suckling“.³⁶³

Zusammenfassend kann man also sagen, dass das Ziel der neuen Leprabekämpfungspolitik die Möglichkeit der Diagnosestellung, medikamentösen Therapie und medizinischen Versorgung in den Dispensaries und Health Centres sein sollte, die sich für Patienten in erreichbarer Distanz von ihrem Wohnort befanden. Hier sollte auch vom Perso-

³⁶¹ Vgl. KOBER (1997).

³⁶² DAHW-ARCHIV, KOBER (1970).

³⁶³ WHO CONFERENCE (1959) S. 460 ff.

nal Aufklärung zur Ursache und Prävention der Erkrankung geleistet und wenn nötig, Patienten mit Komplikationen an Referenzzentren überwiesen werden.³⁶⁴

8.3. Tanzania als Vorreiter der modernen Lepraarbeit

Mit der Unabhängigkeit Tanzanias im Jahr 1961 wurden die bestehenden Programme zur Bekämpfung der Lepra zunächst unverändert fortgesetzt.³⁶⁵ In Tanzania waren vor allem das Gebiet südlich der Küste des Viktoriasees und die Mtwara und Ruvuma Region im Süden des Landes von Lepra betroffen. Große Leprosorien bildeten weiterhin Zentren, von denen man out-patient clinics und andere Projekte, wie die Behandlung Erkrankter im häuslichen Umfeld oder parallel die Behandlung von Tuberkulose, koordinierte. Im Laufe der 1960er Jahre veränderte sich die Lepraarbeit in Tanzania noch einmal.

Forderung nach Verbesserung der Standards in der Lepraarbeit

Steigende Patientenzahlen in Leprasiedlungen und out-patient clinics hatten zur Folge, dass aufgrund von Zeit- und Geldmangel die Supervision der General Dispensaries mangelhaft war. Durch die große Arbeitsbelastung in den Dispensaries, aber auch für die Rural Health Workers, konnten aktive case-finding und case-holding Maßnahmen nicht kontinuierlich durchgeführt werden. Letzteres war vor allem wegen der langen Therapie mit Sulfonen von großer Bedeutung, um somit beispielsweise „Therapieunterbrecher“ zur Behandlung motivieren zu können. Ebenfalls wurden Patienten oft nicht mehr in ihrer häuslichen Umgebung besucht. Das hatte vor allem für Patienten mit Komplikationen Folgen. Waren sie nicht mehr in der Lage, die Distanzen zu den Einrichtungen zu erlaufen, bekamen diese ihre Tablettenrationen auch nicht mehr regelmäßig.

WHEATE, führender Leprologe in Tanzania, forderte daher die Verbesserung der Standards der Leprakontrollmaßnahmen im Land. Wichtig war dabei die noch bessere Ausbildung des Personals in den Rural Dispensaries unter der regelmäßigen Aufsicht des auf Lepra spezialisierten Personals. Kostenlose Behandlung sollte in jeder

³⁶⁴ Vgl. auch SCHALLER (1969) passim.

³⁶⁵ WHEATE (1969b) S. 220, Vgl. 1958: 28.727 Kranke in 344 out-patient clinics in Behandlung, 1962: 28.289 Kranke in 475 out-patient clinics in Behandlung.

Dispensary des Landes möglich sein und die Bedingungen des case-findings und case-holdings verbessert werden, beispielsweise in Form von regelmäßigen Schuluntersuchungen. Auch der Versorgung von Komplikationen und Behinderungen sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, um der Bevölkerung im Rahmen der Gesundheitsausbildung und Aufklärung zu zeigen, dass Lepra nicht unheilbar ist. Diese Forderungen führten zur Durchführung zweier wegweisender Pilotprojekte in Tanzania für die spätere Etablierung des NTLPs – das 1962 begonnene Projekt „*The Swedish-Norwegian Save the Children Campaign against Leprosy in the West Lake Region*“³⁶⁶ und das „*Geita Leprosy Scheme*“³⁶⁷ beginnend im Jahr 1966 an der südlichen Küste des Viktoriasees. Aus den Ergebnissen dieser Pilotprojekte entstand die Anerkennung der *Health Home Visitors (HHV)* für die Lepraarbeit, die die Ausbildung der Bevölkerung übernehmen und Patienten zur Weiterführung ihrer Lepra- oder Tuberkulosetherapie motivieren sollten. 1963 wurden 4.500 Patienten in Leprosorien behandelt, circa 45.000 Leprakranke erhielten ihre Sulfonbehandlung als out-patients.³⁶⁸ 1966 berichtete KOBER über die Veränderung der Leprapolitik in Tanzania innerhalb der letzten Jahre: „Man möchte, soweit möglich, keine Absonderung, keine ausgesprochene Isolierung der Patienten mehr. Man will, dass sie im Rahmen des allgemeinen Gesundheitsdienstes mit behandelt werden. Lepra ist eine Krankheit wie andere Krankheiten auch.“³⁶⁹ Die Regierung begrüßte jede Unterstützung von Missionen und anderen Organisationen, ohne stur an ihrem Plan festzuhalten. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten stellte sie die Medikamente

³⁶⁶ Im Programm legte man einen Schwerpunkt auf aktives case finding in Dörfern und Schulen. Sechs Jahre nach Programmstart konnte jedoch trotzdem keine völlige Leprakontrolle im Gebiet erreicht werden. Im Jahr 1970 wird berichtet, dass die Zahl der Neuinfektionen immer weiter zurückgeht. Anfang der 1970er Jahre wurden die Patienten in 85 Dispensaries und 59 „road stations“ behandelt, die mit dem General Health Service unter der Aufsicht der Regierung schließlich fusioniert werden sollten. 1973 wurde das Programm von der Regierung übernommen, der Swedish Norwegian Save the Children Fund stellte einen Arzt als Regional Leprosy Officer zur Verfügung.

³⁶⁷ Ziel war die Behandlung von so vielen Leprakranken wie möglich in allen medizinischen Einheiten des Gebietes. Hauptaugenmerk eines Teams, bestehend aus einem Arzt, einem rural medical aid, einem Leprosy scout und einem Fahrer, lag auf der Supervision der Rural Dispensaries durch regelmäßige Besuche sowie Motivation und Weiterbildung des dortigen Personals sowie der Untersuchung der Bevölkerung an „mango tree stations“ und Dörfern. Durch Schuluntersuchungen sollten erkrankte Kinder entdeckt werden, und die Klassenleiter wurden damit beauftragt sicherzustellen, dass zur Verfügung gestellte Sulfone regelmäßig eingenommen wurden. Nach 33 Monaten waren 38 % der im Distrikt vermuteten Leprakranke registriert, jedoch lediglich 27 % in regelmäßiger Behandlung.

³⁶⁸ NEWS AND NOTES (1968) S. 464.

³⁶⁹ DAHW-ARCHIV, KOBER (1966).

kostenlos zur Verfügung, außerdem Zuschüsse für leprabedingte Pflegefälle und finanzielle Aufwandsentschädigungen von Ärzten sowie Pflegekräften.³⁷⁰

Die gestiegene Zahl der Leprakranken als out-patients und in den bisher bekannten Leprosorien, zu denen man ab 1969 auch die Laela Siedlung in der Rukwa Region sowie das Kindwitwi Leprosy Camp bei Kilwa zählte, als auch die Vielfalt der Projekte hatten im Jahr 1967 die Gründung des *National Leprosy Advisory and Co-ordinating Committee (NLACC)* in Tanzania zur Folge. Schon vor der Gründung des NLACC gab es in Tanzania die *Tanzania Christian Medical Association (TCMA)*, in der alle christlichen Missionen verbunden waren und sich über ihre Arbeit, die auch Leprabekämpfung beinhaltete, austauschen konnten.³⁷¹ Die Programme der Regierung, der Missionen und anderer Organisationen sollten koordiniert werden, indem das Ministry of Health sogenannte *Regional Leprosy Officers* einsetzte, die sowohl Medical Officers der Regierung als auch der NGOs sein konnten. *District Leprosy Officers* und *HHVs* waren auf der untersten Ebene des Programmes tätig.

Mit WHEATES Forderung „(...) to provide treatment for the entire population within a distance of 4 miles (6,4km) from their homes“ verdoppelte sich fast die Anzahl der out-patient clinics, so dass 1968 in 838 Einrichtungen 64.170 Patienten behandelt wurden.³⁷² Dennoch waren nur rund 50 % der erwarteten Leprakranken in Tanzania unter Behandlung. Verbesserungen in Ausbildungs- und Gesundheitserziehungsmaßnahmen der Bevölkerung waren nötig, um die anderen 50 % der Leprakranken, die sich keiner Behandlung unterzogen, auch erreichen zu können. Im Jahr 1969 gab es in 13 der 17 Regionen Tanzanias spezielle Leprakrankenhäuser, die Referenzzentren waren.³⁷³

Außerdem erfolgte eine Zusammenarbeit mit dem bereits erwähnten *East African Flying Doctor Service*, der in Uganda, Kenya und Tanzania chirurgische Eingriffe übernahm. Footwear Programme wurden Anfang der 1970er Jahre in Tanzania durch das NLACC zu einem wichtigen Bestandteil der Lepraarbeit. Unterstützt wurde das NLACC durch

³⁷⁰ DAHW-ARCHIV, KOBER (1966).

³⁷¹ WHEATE (1969a) S. 142.

³⁷² WHEATE (1969b) S. 217 ff.

³⁷³ WHEATE (1969a) S. 142.

das *DAHW* und den *Save the Children Fund*. 1972 berichtete das *NLACC*, dass in 38 der 61 Distrikte Leprabekämpfungsprojekte stattfanden, in denen 45.500 Patienten der 138.000 vermuteten Leprakranken in Tanzania in Behandlung waren. 2.000 davon lebten in den Leprosorien. *Mobile Teams* und *HHVs* waren für case-finding zuständig und die Behandlung unkomplizierter Krankheitsverläufe. Die Kooperation zwischen Regierung und *NGOs* war zu diesem Zeitpunkt ausgezeichnet.³⁷⁴ 1978 wurde das *NLACC* auch auf Drängen des *DAHW* in die *Tanzania Leprosy Association* eingegliedert.

Health Home Visitors

Die Arbeit der *HHVs*³⁷⁵ in Tanzania sah man als Schlüssel zum Erfolg der verschiedenen Projekte im Land. Im direkten Kontakt mit den Einheimischen mussten sie die Krankheit nicht nur erkennen, sondern gleichzeitig das Vertrauen des Erkrankten gewinnen, damit dieser eine Therapie beginnen würde. Doch gerade der Vertrauensgewinn stellte eine große Hürde für die Lepraarbeit dar, die es zu überwinden galt. Schon die persönlichen Beziehungen der *HHVs* beeinflussten diese Situation. DE KEIJZER schrieb 1975: „It becomes clear, that in this contacts with patients and the public, the public relations of a Health Home Visitor are of great importance, and in the selection of candidates as much emphasis should be placed on their potential in this direction as on intellectual capabilities. Social engagements of HHV's are important“.³⁷⁶ Die Skepsis der Bevölkerung versuchte man mit offizieller Kleidung der *HHVs* zu überwinden und durch Mitgabe einiger weniger Medikamente, die Patienten zur Kooperation zu bewegen. Auch andere Faktoren beeinflussten die Akzeptanz in der Bevölkerung. Die Auswertung einer Studie zeigte, dass *HHVs*, die zum case-finding mit Fahrrädern unterwegs waren, bessere Ergebnisse erzielten als diejenigen mit Motorrädern. Es wurde vermutet, dass ein Motorrad als Statussymbol wohl eine Distanz zu den Bewohnern der ruralen Gebiete verursachte.³⁷⁷ Hier wird deutlich, dass man die effizientesten Ergebnisse erzielen konnte, wenn man auf die Bewohner der ländlichen Gegenden einging.

³⁷⁴ NATIONAL REPORT (1973) S. 275.

³⁷⁵ Unterschiedliche Begriffe werden in der Literatur verwendet, wie beispielsweise Home Health Visitor, Health Home Visitor, Health Home Worker oder Village Worker.

³⁷⁶ DE KEIJZER (1975) S. 77.

³⁷⁷ Ebd. S. 75 f.

Auch in den präventiven Konzepten war es wichtig, wer den Afrikanern diese Information nahe brachte. OUKO schrieb: „The point to be stressed here is that the personnel to put across health education matters should be those who are respected by the African community and should be personnel such as the headmen, sub-headmen and any influential person that the Medical Officer of Health can persuade to be on his side.“ Wichtig dabei war es zu betonen, dass hinter Prävention keinerlei politische Gedanken steckten, sondern lediglich die Gesundheit des Menschen im Vordergrund stand. Auch Sitten und Bräuche sollten dabei beachtet werden.³⁷⁸

Tanzania war damit das erste der hier betrachteten ostafrikanischen Länder, in dem nach zahlreichen Pilotprojekten im Jahr 1977 das „*National Tuberculosis and Leprosy Programme*“ (NTLP) eingeführt wurde. Ende der 1970er Jahre waren die hochendemi-schen Gebiete mit einer Prävalenz von 10/1.000 in Tanzania in Kigoma, Mwanza, Tabora, Mtwara und Lindi, während man zu diesem Zeitpunkt Prävalenzen zwischen 1-10/1.000 in den Regionen Mara, Tanga, Singida, Dodoma, Kagera, Ruvuma und Shinyanga fand.³⁷⁹

8.4. Uganda – Erfolge und Rückschläge der Lepraarbeit

Mit der Unabhängigkeit 1962 und verbesserten Wirtschaftsbedingungen stagnierten die zunächst steigenden Zahlen der registrierten Leprakranken in einigen Distrikten. Viele Kranke verließen das Gebiet, einige änderten ihre Namen und waren nicht mehr auffindbar, womit auch die Motivation der Chiefs im case-finding und case-holding nach-ließ.³⁸⁰ Die Behandlung von Patienten in Treatment villages setzte sich nach der Unabhängigkeit weiter fort, denn das Problem, dass die Bevölkerung im Gebiet eher weitläufig verteilt und nicht in richtigen Dorfgemeinschaften lebte, bestand weiterhin. Zahlreiche Bürgerkriege erschütterten Uganda nach der Unabhängigkeit immer wieder aufs Neue.

Verschiedene Projekte leiten zum NTLP

³⁷⁸ OUKO (1960) S. 167 ff.

³⁷⁹ PRAAG; MWANKEMWA (1982) S. 28.

³⁸⁰ STONE (1969) S. 233 ff.

Auch in Uganda gab es zahlreiche Pilotprojekte und Strategien, die für das spätere *NTLP* wegweisend waren. Trotz deren Vielfältigkeit endete das letztlich darin, das vorhandene medizinische Personal in die Lepraarbeit einzubeziehen und Lepraarbeit in bestehende, generelle Gesundheitsstrukturen zu integrieren und mit anderen Projekten wie beispielsweise zur Bekämpfung der Tuberkulose zu kombinieren.³⁸¹

Eines dieser Projekte war das bereits 1958 im West Nile District begonnene fünfjährige Projekt zur Leprakontrolle in Form von Bye-Laws. Damit war es für Personen, bei denen der Verdacht auf eine Erkrankung mit Lepra bestand, Pflicht, sich einer Untersuchung zu unterziehen und, falls die Diagnose Lepra bestätigt wurde, an einer Therapie mit Sulfonen teilzunehmen. Die Nichteinhaltung dieser Verordnung wurde mit der Zahlung von zehn Schilling bestraft. 1966 wird aus Busoga, einem der hochendemischen Lepragebiete Ugandas berichtet, dass seitens der Regierung sogar Gesetze erlassen wurden, woraufhin sich alle Einwohner auf Lepra untersuchen lassen mussten.³⁸² Diese Art von Leprakontrolle scheint bei der Betrachtung der drei ostafrikanischen Länder einzigartig zu sein. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Lepraarbeit konnten weder in Berichten von Projekten in Tanzania noch Kenya gefunden werden.

Im Teso District wurden Ende 1966 die Kranken in sieben Treatment villages und 16 Kliniken behandelt in der Verantwortung von acht „leprosy assistants“. Patienten sollten zur Therapie durch ansprechende Dörfer motiviert werden, wo neben wissenschaftlichen und humanitären Aspekten auch das Individuum im Vordergrund stand.³⁸³ Durch die Leprosorien und deren out-patient departments wurden auch Programme unterstützt, die verschiedene Gesundheitsprojekte kombinierten, um die Versorgung der Bevölkerung komplexer und effektiver zu gestalten. In der bereits erwähnten Leprakolonie am Lake Bunyonyi lebten 1965 circa 200 Patienten, die stationäre Behandlung benötigten, sowie 50 Personen, die aufgrund ihrer Behinderungen auf dauerhafte Hilfe Dritter angewiesen waren. Das zur Kolonie gehörige out-patient department versorgte nicht nur Lep-

³⁸¹ DAHW-ARCHIV, LEIKER (1971).

³⁸² DAHW-ARCHIV, KOBER (1966).

³⁸³ STONE (1969) S. 233 ff.

rakranke. Rund 11.000 Personen wurden dort behandelt und eine Massenkampagne zur Prävention von Keuchhusten durchgeführt.³⁸⁴

Aus den Reiseberichten des *DAHW* 1966 geht hervor, dass die Regierung großes Interesse an der Bekämpfung der Lepra zeigte und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch unterstützte. So wurden zum Beispiel 48 % der Unterhaltskosten Bulubas seitens dieser gedeckt. Allein im Busogagebiet schätzte man die Zahl der Leprakranken auf 80.000. Die *District Medical Officer* waren zu diesem Zeitpunkt über jede Hilfe seitens der Missionen und freiwilliger überseeischer Hilfsorganisationen dankbar.³⁸⁵

In einigen Distrikten wie Kigezi und Ankole erfolgte die Lepraarbeit Ugandas in niedrig endemischen Gebieten aufgrund finanzieller Aspekte nicht mehr auf der Basis von Treatment villages, sondern nur noch in Form von regelmäßig stattfindenden out-patient clinics, zum Beispiel einmal im Monat in Krankenhäusern, Health Centres oder Dispensaries.³⁸⁶ In anderen Gebieten, wo Lepra weiterhin hochendemisch war, wurden Leprosorien zu spezialisierten Krankenhäusern mit dem Schwerpunkt Lepra ausgebaut. 1972 wurde dies vom Krankenhaus in Kumi im Teso Distrikt berichtet, das gleichzeitig Ausbildungszentrum werden sollte und für das komplette östliche Gebiet Ugandas zuständig und verantwortlich war. 3.000.000 Menschen lebten zu diesem Zeitpunkt in diesen Distrikten, unter denen man circa 30.000 Leprakranke erwartete.³⁸⁷

Politische Instabilität und ihre Auswirkung auf die Lepraarbeit

Die politische Instabilität zur Ära Idi AMINs hatte auch Auswirkungen auf die Lepraarbeit. Aus einer Aktennotiz über ein Gespräch mit Frau Dr. BLENKA im Mai 1977, die zu diesem Zeitpunkt in Buluba tätig war, geht hervor, dass die Situation im Land für die Bevölkerung katastrophal sei, auch aufgrund von Überfällen und politischer Verfolgung. In den Leprazentren und kleineren Leprakrankenhäusern ließen sich immer mehr Allgemeinpatienten nieder, denn das waren oft die einzigen Krankenhäuser, in denen es

³⁸⁴ PARRY (1965) S. 48.

³⁸⁵ DAHW-ARCHIV, KOBER (1966).

³⁸⁶ DAHW-ARCHIV, Kigezi-Distrikt/Ankole-Distrikt (1970/71).

³⁸⁷ DAHW-ARCHIV, LEIKER (1971).

überhaupt noch Medikamente gab. Für das dort tätige Personal war dies eine besonders schwierige Zeit. Die Situation im Land hatte auch zur Folge, dass viele ugandische Ärzte in andere Länder abwanderten.³⁸⁸ Insgesamt verlangsamte das die weitere Entwicklung der Leprabekämpfungsprojekte, denn case-finding, case-holding und regelmäßige, kontinuierliche Behandlung waren für alle Beteiligten weitaus schwieriger als bisher geworden. Mit der Wahl Milton OBOTES zum neuen Präsidenten Ugandas im Jahr 1980 erhoffte man sich eine ruhigere Zukunft für das Land. Neue Verträge in der Lepraarbeit wurden unterschrieben, wie zum Beispiel zwischen dem Kumi Leprosy Centre, dem Ministry of Health Ugandas und den Distrikten Tororo, Mbale, Kapchorwa, Kumi und Saroti sowie der *NLR* bezüglich der weiteren Leprakontrolle und Ausbildung des Personals wie beispielsweise leprosy worker und Rehabilitationsmöglichkeiten im Osten Ugandas. Auch der *Flying Doctor Service* setzte seine Arbeit in Uganda nun wieder fort.³⁸⁹ Die anhaltenden Unruhen im Land hatten jedoch immer wieder Auswirkungen auf die effektive Leprakontrolle. 1986 berichtete das *DAHW*, dass Uganda trotz der neuen Regierung Yoweri MUSEVENIs weiterhin innenpolitisch instabil sei. Von Überfällen und Morden seitens der ehemaligen Regierung wird berichtet, was Auswirkungen auf die Lepraarbeit in Alito, Gulu, Morulem, Moroto und Kuluva hatte, um nur einige Beispiele zu nennen. In Alito mussten zum Schutz des Krankenhauses zwei bewaffnete Polizisten eingesetzt werden, und in Kuluva waren ein katholischer Priester und ein anglikanischer Geistlicher die einzigen, die die Lepraarbeit weiter fortsetzten.³⁹⁰ Das noch im Jahr 1967 ausgebaute Leprosy Centre in Alito mit einer Dispensary, einem kleinen Krankenhaus und einer Leprasiedlung versorgte neben 337 in-patients auch 2.105 out-patients. Außerdem wurde die Schule für die Kinder des Lepradorfes erweitert und durch stabilere Gebäude ersetzt.³⁹¹ Etwa 30 Jahre später musste dieses Leprazentrum aufgegeben werden. Im Jahr 1989 berichtete LEIKER aus dem Norden Ugandas, dass das Krankenhaus und Lepraheim in Alito nur noch aus Mauern und Dächern bestand. Die Gebäude waren komplett geplündert, zerstört und die Ruinen waren zentimeterdick mit menschlichen und tierischen Exkrementen verschmutzt. Die 700 Leprakranken sollten schließlich vom Distrikt-Krankenhaus in Lira versorgt werden, da die Verona-

³⁸⁸ DAHW-ARCHIV, Aktennotiz über Gespräch mit Dr. Blenska (1977).

³⁸⁹ DAHW-ARCHIV, Report Kumi-Ongino (1980).

³⁹⁰ DAHW-ARCHIV, ZIELHUIS (1986).

³⁹¹ DAHW-ARCHIV, WILLIAMS (1967).

Missionsschwestern aus Sicherheitsgründen nicht wieder zurück in das Gebiet wollten. Jedoch war auch dort durch Mangel an Medikamenten die Behandlung der Patienten mehr als unzureichend.³⁹² Die *NLR* zog ebenfalls ihre Lepraarbeiter aus Kumi aufgrund der instabilen Situation und zweimaliger bewaffneter Überfälle aus dem Nordosten Ugandas ab.³⁹³ Doch die neue Regierung eröffnete der Leprabekämpfung des *DAHW* auch neue Verhandlungsmöglichkeiten. So wurde die Unterstützung in der zollfreien Einfuhr von Medikamenten, Waren und Fahrzeugen zugesagt.³⁹⁴

Erst im Jahr 1988 gab es die ersten Entwürfe zur kombinierten Bekämpfung von Lepra und Tuberkulose in gemeinsamen Projekten. 1990 wurde schließlich das „Nationale Tuberkulose- und Lepraprogramm“ in Uganda eingeführt.³⁹⁵

8.5. Die Leprabekämpfung in Kenya

Der Weg in die Unabhängigkeit war auch für Kenya kompliziert. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg hatte die einheimische Bevölkerung keinerlei Recht auf politische Mitbestimmung im Land. Nachdem 1944 der erste Afrikaner für den Legislativrat nominiert wurde, gründete sich zum einen die *Kenya African Union*, zum anderen eine radikale Gegenbewegung, die einen bewaffneten Aufstand führte. Diesen versuchten die Briten ab 1952 zunächst zu unterdrücken. Schließlich endete das jedoch in einer blutigen Auseinandersetzung – dem Mau Mau Aufstand. Der Bevölkerung wurde letztlich mehr politische Macht eingeräumt, was im Jahr 1963 zu einem unabhängigen Kenya führte.³⁹⁶

Lepraprojekte in Abhängigkeit der Inzidenz

Die Leprabekämpfung in Kenya erfolgte über bestehende Gesundheitsstrukturen im Land. In Gebieten mit hohen Inzidenzen, gab es durchaus einige wenige spezifische Projekte, die aber dennoch in Basistrukturen integriert wurden. Das Konzept der Health Centres entstand in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg und bildete die Grundlage für

³⁹² DAHW-ARCHIV, LEIKER (1989).

³⁹³ DAHW-ARCHIV, ZIELHUIS (1986).

³⁹⁴ DAHW-ARCHIV, KEHR (1986).

³⁹⁵ NKOLO, SIMON (2006) S. 2 ff.

³⁹⁶ ILIFFE (2007) S. 243 f., 256.

den National Health Service in Kenya und die Versorgung der Bevölkerung in den ruralen Gebieten.³⁹⁷ 1960 gab es in Kenya 72 Health Centres sowie zahlreiche Mobile units. Weitere 30 Health Centres waren in Planung. N. R. E. FENDALL, damals Professor am Department of International Community Health der Liverpool School of Tropical Medicine, fasste deren Bedeutung 1960 wie folgt zusammen: „(...) The health centre has become the institution of prime importance, where social medicine is practised and radiates to the very homes of the people“.³⁹⁸

1969 geht aus den Archiven des *DAHW* hervor, dass in Kenya insgesamt rund 50.000 Leprakranke vermutet wurden, von denen 20.000 im Westen des Landes nahe dem Viktoriasee lebten. Die restlichen 30.000 verteilten sich auf die Gebiete im Osten nahe der Küste und einige wenige im Inneren des Landes. Dass die Inzidenz der Lepra in unterschiedlichen Distrikten und auch dort innerhalb bestimmter Gebiete so sehr variierte, über die Zeit jedoch konstant blieb, wie diese Untersuchungen zeigten, begründete LEIKER folgendermaßen: „Even at present, inter-marriage between members of different tribes is still uncommon. Marriage within the clan or with closely related clans is often preferred to other marriages. Villages are still virtually absent“.³⁹⁹

Ziel der Regierung war es, die Leprakontrollarbeit zunächst im Westen des Landes zu stabilisieren, um danach ein Programm für den Osten zu entwickeln. Da der Aufwand für die Behandlung der wenigen Leprafälle im Inneren des Landes vor allem finanziell zu hoch gewesen wäre, was man bereits in der Zeit vor der Unabhängigkeit erkannt hatte, sah man hier lediglich weiterhin die Einbindung der Lepraarbeit in den allgemeinen Gesundheitsdienst vor.⁴⁰⁰ Das erklärt auch, warum im Land nur einige wenige Referenzkrankenhäuser in Bezug auf Lepra vorhanden waren. Dieses Konzept brachte demzufolge besonders hohe Ansprüche an das Personal in den Dispensaries mit sich, was sich beispielsweise auch in dem West Leprosy Control Project zeigte. Das 1970 in Alupe gestartete Projekt koordinierte die field work für den gesamten westlichen Teil Kenyas. Schon 1971 zeigte sich, dass die Versorgung Leprakranker im Westen des Landes

³⁹⁷ HAUPT (1960) S. 217.

³⁹⁸ FENDALL (1960) S. 171 f.

³⁹⁹ LEIKER (1968) S. 82.

⁴⁰⁰ DAHW-ARCHIV, Leprakontroll- und Ausbildungsplan (1969).

aufgrund fehlender Supervision mehr als mangelhaft war. Von den 17.000 in Alupe registrierten Patienten befanden sich lediglich 6.000 in Behandlung. Diese Situation hoffte man, durch Weiterbildung des Personals, vor allem in den General Dispensaries, verbessern zu können.⁴⁰¹ 1973 wurde berichtet, dass 98 % der Leprakranken der Region durch field work versorgt wurden. Lediglich 2 % der Erkrankten mussten hospitalisiert werden. Der Erfolg dieses Projektes, aber auch der Lepraarbeit in Kenya generell, hing von dem Training und der Weiterbildung des Personals ab. Die Verantwortung lag dadurch besonders auf den Schultern der Village Worker. Ihre Aufgaben waren case-finding, was durch Surveys und Beobachtung gesunder Angehöriger kranker Personen erfolgte, case-holding in Form von Hausbesuchen und Motivation von Patienten, die sich nur unregelmäßig vorstellten oder die Therapie unterbrachen, aber auch Prävention und Aufklärung.⁴⁰² Alupe sollte auch für Kenya als Trainingszentrum für Personal fungieren, wobei die Finanzierung des Ausbaus durch die Regierung sowie die *NLR* und das *DAHW* erfolgte.⁴⁰³

Das West Kenya Leprosy Control Scheme, das Meru und Kitui Leprosy Project im Osten sowie das Coast Leprosy Control Scheme wurden 1976 zum *Nationalen Lepraprogramm (NLP)* zusammengefasst und gemeinsam koordiniert. Bereits 1960 führte GROUNDS in Kenya Untersuchungen zur Verbreitung von Lepra und Tuberkulose durch und forschte nach Zusammenhängen oder gegenseitige Beeinflussung der beiden durch Mykobakterien hervorgerufenen Erkrankungen.⁴⁰⁴ Die Kombination mit Tuberkuloseprojekten in Form des *NTLP* hatte schließlich im Jahr 1980 die Integration in den allgemeinen Gesundheitsdienst zur Folge.⁴⁰⁵

8.6. Das DAHW in Ostafrika

In Ostafrika waren vor allem das *DAHW* und die *Niederländische Leprahilfsorganisation* in der Lepraarbeit engagiert. Das erste Projekt des *DAHW* begann im Jahr 1958 in Äthiopien. Dort wurde das Lepraheim in Bisidimo aufgebaut.

⁴⁰¹ DAHW-ARCHIV, LEIKER (1971).

⁴⁰² DAHW-ARCHIV, WESTERHOF (1973).

⁴⁰³ DAHW-ARCHIV, Leprakontroll- und Ausbildungsplan (1969).

⁴⁰⁴ LEIKER (1968) S. 79, DIESFELD (1989) S. 87 f.

⁴⁰⁵ Ministry of Health Kenya, <http://www.nltp.co.ke/about.html>.

Die Arbeit des DAHW

Die Spenden des *DAHW* waren vielseitig. Die Projekte umfassten Anfang der 1960er Jahre neben Sachleistungen wie Kleidung, Medikamente und Verbandsmaterialien auch finanzielle Unterstützung. Da die Unterkünfte der Bewohner in Lepradörfern meist instabile Lehmhütten waren, wurden Gelder zum Erbauen neuer Gebäude zur Verfügung gestellt. Auch der Bau von Schreinereien und Schlossereien zur Ausbildung der Bevölkerung sowie die Erneuerung von Schulgebäuden wurde unterstützt. Gleichzeitig wurden Personal, Ärzte, Physiotherapeuten, Pflegekräfte etc. durch das *DAHW* finanziert.⁴⁰⁶

Im Laufe des nachfolgenden Jahrzehnts nach Gründung des *DAHW* 1957 änderte sich die Form der Hilfsleistungen. Während zunächst einzelne Zentren und Krankenhäuser unterstützt wurden, tendierte die Arbeit des *DAHW* nun mehr zu Unterstützung von field work und größeren Lepraprogrammen, vor allem bezüglich der Integration in den General Medical Service in Zusammenarbeit mit den Vorstellungen des Ministry of Health der jeweiligen Länder. Eines der ersten Projekte dieser Art war das bereits erwähnte 1966 begonnene *Geita Leprosy Scheme* in Tanzania. Dieser Wandel von Hilfsleistung und Unterstützung entsprach dem Wandel der allgemeinen Lepraarbeit im Laufe der Zeit. Ein immer präsenteres Thema der Lepraarbeit wurde in diesem Zusammenhang auch die Wiederherstellung von Lebensqualität der Leprakranken. Hier sind Projekte zu nennen, die sozial-ökonomische Rehabilitation und *Community Based Rehabilitation (CBR)* unterstützen und bis heute vom *DAHW* koordiniert und durchgeführt werden. Wichtig hierfür war neben der chirurgischen Versorgung und Rehabilitation körperlich beeinträchtigter Menschen auch die Rückführung der Leprakolonien zu „normalen“ Dörfern. Dies war der erste Schritt dahingehend, dass diese wieder aktiv einen Beitrag zum Lebensunterhalt der Familien leisten konnten. Das *DAHW* unterstützte ebenfalls den *Flying Doctor Service* von Dr. Michael WOOD. Dies geschah unter anderem durch die Mitfinanzierung eines weiteren Flugzeuges und die Bereitstellung von Funkgeräten in einzelnen Leprastationen zur besseren Kommunikation.⁴⁰⁷ Nach einem festen Plan wurden regelmäßig bestimmte Krankenhäuser in Uganda, Kenya und Tanzania angeflogen, um dort die Patienten chirurgisch zu versorgen.

⁴⁰⁶ Vgl. DAHW-ARCHIV, KOBER (1966).

⁴⁰⁷ DAHW-ARCHIV, GALLE (1967) S. 10 f.

Die Schwerpunkte der Arbeit des *DAHW* in Uganda entsprachen denen in Tanzania. Einzelhilfsleistungen, Projekte über bestimmte Zeiträume oder auch Langzeitprojekte wie beispielsweise in Tanzania das Kabanga Hospital⁴⁰⁸, das Mission Hospital Peramiho⁴⁰⁹ oder das Sikonge Hospital⁴¹⁰ ebneten schließlich den Weg für die Entwicklung der bis heute bestehenden Strukturen in der Lepra- und Tuberkulosearbeit.

Das DAHW in Tanzania

Zwischen 1960 und 1965 startete das *DAHW* seine Projekte und die Unterstützung von Krankenhäusern in Tanzania. Bereits Ende der 1950er erfuhr die in Tanganyika tätige *Benediktiner-Mission* im Lepraheim Peramiho und Ndanda von der Hilfe aus Deutschland und stellte Anträge zur Förderung der jeweiligen Lepraheime. So unterstützte das *DAHW* bereits 1960 diese beiden Leprosorien in Tanganyika. Vor allem Ndanda wurde zu einem der größten und längsten Projekte des *DAHW* in Ostafrika. Die damalige Missionsschwester LIA hörte von der neu gegründeten Organisation und wandte sich hilfesuchend in einem Brief an sie. Erste Hilfe für die Ndanda Leper Colony durch die Bereitstellung von Medikamenten und Transportmitteln erfolgte sogar schon 1958. 1960 wurden die traditionellen Unterkünfte der Bewohner durch stabile Steinhäuser ersetzt. Da die finanziellen Zuschüsse der Regierung für die Versorgung der Kranken mit Nahrungsmitteln lediglich für die ersten drei Monate des Jahres reichten, half das *DAHW* auch hier weiter.⁴¹¹ 1965 fanden 673 stationäre Patienten Unterkunft im Leprosorium.⁴¹² Auch das Lepraheim in Peramiho, zur deutschen Kolonialzeit und auch später unter dem Namen Morogoro bekannt, war ebenfalls eines der ersten Projekte des *DAHW* in Tanganyika. Auch hier wurden neben medizinischem Personal, Häuser für die Kranken und ein neues Krankenhaus finanziert. Die alten instabilen Lehmhütten wurden durch stabilere Häuser ersetzt, wie die folgenden Abbildungen 9 und 10 aus dem Jahr 1966 zeigen:

⁴⁰⁸ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.85.05.01, PROMIS III.

⁴⁰⁹ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.85.12.02, PROMIS III, <http://www.dahw.de/hilfsprojekte/projektbericht/hilfe-fur-lepra-opfer2>.

⁴¹⁰ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.85.15.01, PROMIS III.

⁴¹¹ DAHW-ARCHIV, LIA (1958).

⁴¹² DAHW-ARCHIV, Mwena/Ndanda (1965).

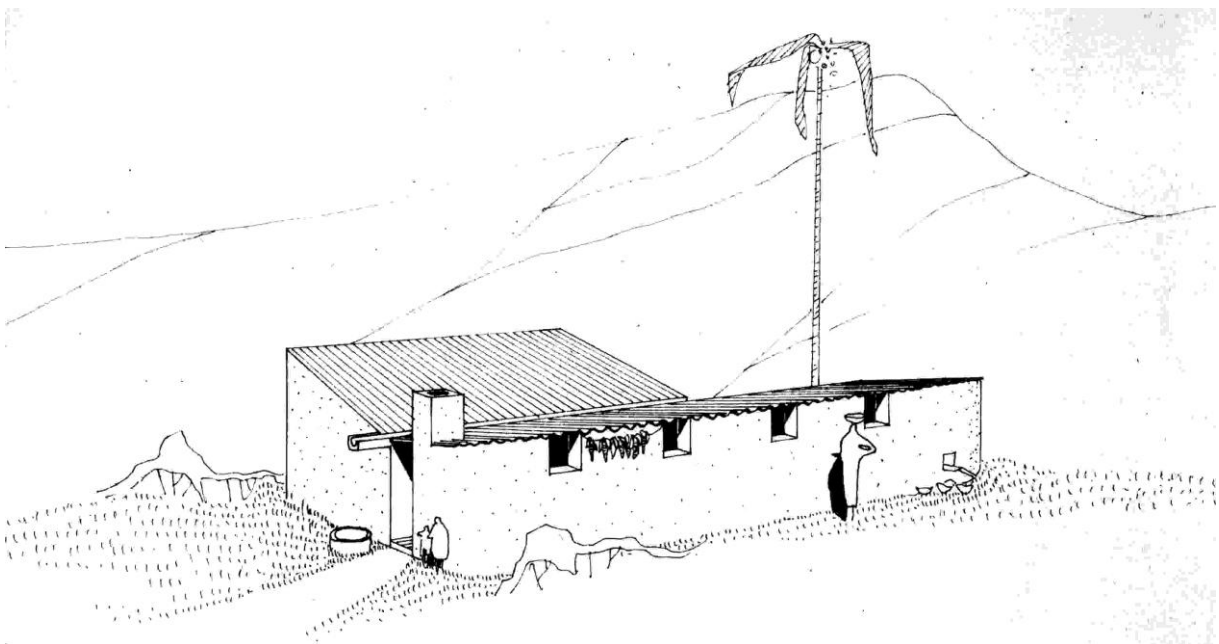
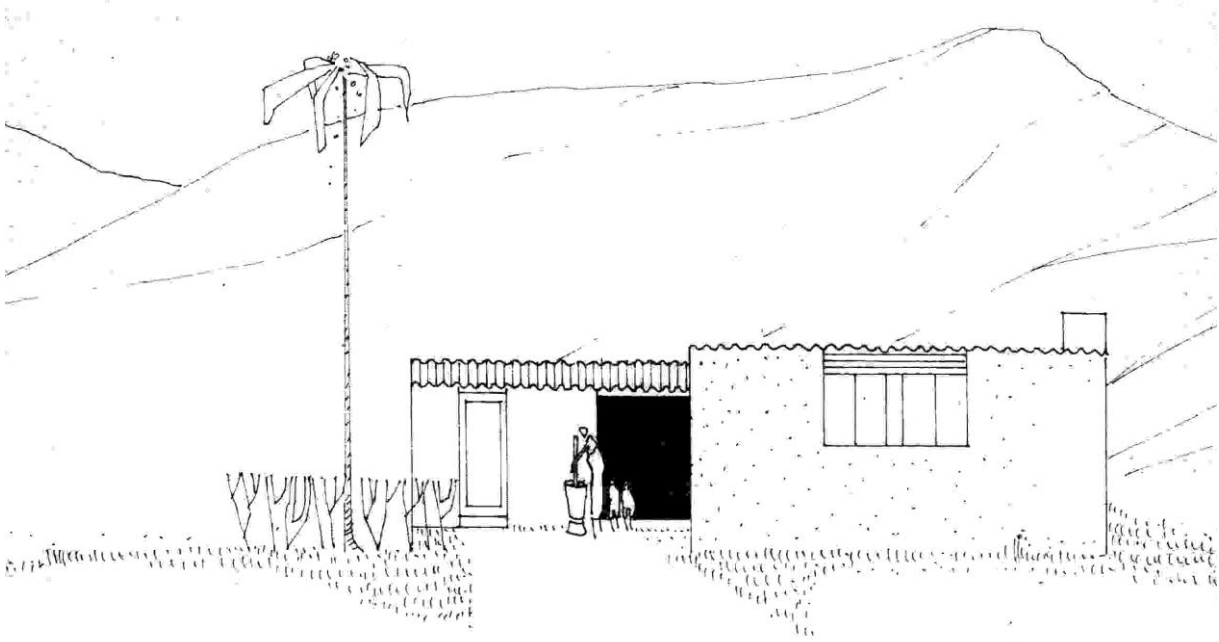


Abbildung 9: Ansichten des Hauses der Leprasiedlung Morogoro von 1966

Quelle: Archiv des DAHW, Baupläne zur Erweiterung des Lepraheims Morogoro vom Jahr 1966.

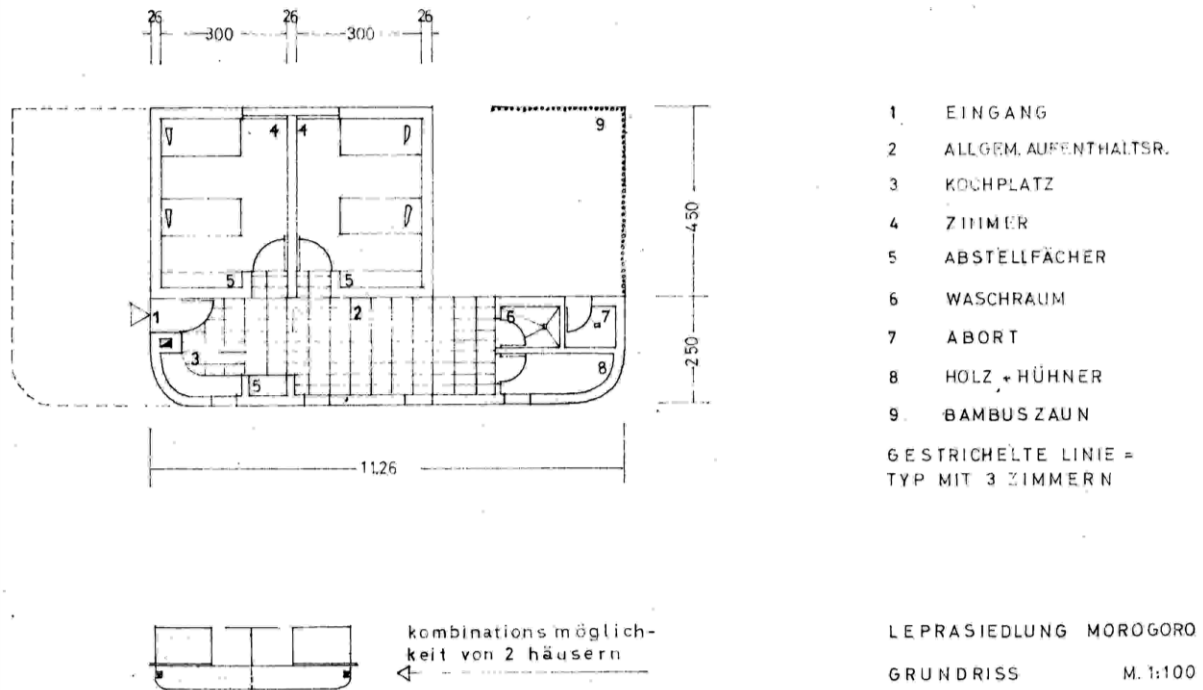


Abbildung 10: Grundriss des Hauses der Leprasiedlung Morogoro von 1966

Quelle: Archiv des DAHW, Baupläne zur Erweiterung des Lepraheims Morogoro vom Jahr 1966.

Mit diesen Anfängen der DAHW-Tätigkeit entwickelte sich die Lepraarbeit in Tanzania rasch. Die registrierten Patientenzahlen stiegen jährlich weiter an. 1962 registrierte man in 475 out-patient clinics 28.289 Patienten, 1968 in 838 out-patient clinics 64.170 Lepra- kranke. Die engagierte Arbeit des DAHW leistete einen enormen Beitrag zur Einführung des NTLPs. 2008 übernahm die DAHW rund 10 % der finanziellen Unterstützung des Gesamtbudgets des Programms. Prioritäten liegen hierbei auch heute noch vor allem in der Ausbildung und Fortbildung des Personals, der Bereitstellung von Medikamenten, Fahrzeugen, Unterhalt, der Supervision des Personals in den unteren Ebenen der Programme sowie der Prävention von Behinderungen. Aber auch die Bereitstellung von Schuhmaterialien für Footwear Programme sowie CBR bilden einen Schwerpunkt in der vom DAHW koordinierten Lepraarbeit in Tanzania.⁴¹³

⁴¹³ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.85.90.01, PROMIS III.

Das DAHW in Uganda

In Uganda begann man mit der Einführung und Unterstützung von Lepraprojekten zwischen 1965 und 1970. Ausnahmen bildeten hierbei das bereits erwähnte Buluba Leprazentrum⁴¹⁴ und das Nyenga Hospital⁴¹⁵, die schon seit 1963 bzw. 1962 unterstützt wurden und auch heute noch werden. Als eines der ersten Projekte in Uganda unterstützte das *DAHW* das Buluba Leprosorium am Viktoriasee. Neben einem neuen Krankenhaus war geplant, für die 22.000 Leprakranken der Region kleinere Kliniken und Dispensaries zu errichten. Später weitete sich die Unterstützung auf das Missionskrankenhaus Nyenga und die Region Buganda, das Krankenhaus Kumi und Zentral-Uganda sowie Alito und Morulem im Norden des Landes aus. Auch der Südosten mit Kisezi und der Nordosten des Landes wurden mit einbezogen. Doch wie bereits beschrieben, war die Lepraarbeit seitens des *DAHW* in Uganda aufgrund der politischen Instabilität immer wieder eine Herausforderung. Durch ihre verschiedenen Projekte leistete die Organisation auch in Uganda ihren Beitrag zur Einführung des *NTLPs*.

Die DAHW heute

Im Jahr 2003 wurde das *DAHW* in die *Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe* umbenannt. Neben Afrika ist die *DAHW* auch in Asien und Lateinamerika aktiv. Im Laufe der Jahre erweiterten sich die Schwerpunkte der Arbeit zusätzlich auf die Bekämpfung von Tuberkulose, Buruli Ulcus, Chagas Krankheit und Leishmaniose. Die *DAHW* leistet medizinische und soziale Unterstützung, unabhängig von politischen und konfessionellen Überzeugungen. 2008 wurden insgesamt 285 Projekte weltweit gefördert. Abhängig von den lokalen Bedürfnissen erfolgt dies durch die Unterstützung von Krankenhäusern, Ausbildung medizinischen Personals, Hilfe für behinderte und ausgestoßene Menschen sowie Bereitstellung von Sachgütern in Zusammenarbeit mit Kirchen, anderen Hilfsorganisationen und staatlichen Gesundheitsbehörden. Die *DAHW* ist Mitglied in der *ILEP*. 2008 hatten die Mitgliederorganisationen dieser insgesamt 59.890.837 Euro für die Lepraarbeit zur Verfügung. Die *DAHW* brachte davon 12.765.119 Euro ein. Gemeinsam mit den von *The Leprosy Mission International* bereitgestellten Geldern von 15.283.328

⁴¹⁴ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.90.00.07, PROMIS III.

⁴¹⁵ DAHW-ARCHIV, MSP-Nr. 1.90.00.17, PROMIS III.

Euro stellt dies 46 % der zur Verfügung stehenden Mittel dar. In Afrika liegt rund 44 % der durch die Organisationen durchgeführten Arbeit.⁴¹⁶ Der Co-ordinator der Lepraprojekte in Uganda und Tanzania ist derzeit die *DAHW*. In Tanzania unterstützt die *DAHW* zu Beginn des Jahres 2010 insgesamt 16 Projekte im Umfang von 654.776 Euro, in Uganda 18 Projekte im Umfang von 674.811 Euro.⁴¹⁷

⁴¹⁶ ILEP ANNUAL REPORT 2008-2009.

⁴¹⁷ DAHW-ARCHIV, MSP, PROMIS III Budgetübersicht Uganda, Tanzania Stand: 01.01.2010.

9. Nationale Programme zur Bekämpfung der Lepra in Ostafrika

Während es in hochendemischen Gebieten Massenkampagnen gab, die neben der Therapie mit Sulfonen auch auf die Ausbildung der Bevölkerung und des Personals zum Thema Lepra abzielten, forderte man für Gebiete mit niedrigen Erkrankungszahlen immer wieder die Lepraarbeit in bestehende allgemeine Gesundheitsstationen zu integrieren. Regelmäßige Supervision konnte durch einen Lepraspezialisten erfolgen, der für ein bestimmtes Gebiet örtlich zuständig war.⁴¹⁸ Patienten mit Komplikationen sollten in den Krankenhäusern der Umgebung behandelt werden. Diese bisher dargestellten Faktoren, aber auch die allgemeinen entwicklungspolitischen Tendenzen prägten die Entwicklung der Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogramme für Tanzania, Uganda und Kenya beachtlich. Ebenso großen Einfluss hatte die zunehmende Kooperation der Regierungen der Länder mit den *NGOs*. Der im Süden Tanzanias tätige Tropenmediziner J. HURMAN schrieb 1961 zur Rolle der *NGOs* in der Lepraarbeit: „Their help is urgently needed, but should be directed under a national policy and under closer national supervision and co-ordination.“⁴¹⁹

9.1. Koloniale Leprabekämpfung als Wegbereiter nationaler Programme?

Nachdem die Leprabekämpfungsstrategien in Uganda, Kenya und Tanzania dargestellt worden sind, stellt sich nunmehr die Frage, inwiefern die koloniale Lepraarbeit die heutigen Strategien beeinflusst hat und ob dieser Einfluss sogar über das Thema Lepra hinaus reichte.

Die Erfahrungen aus früheren Epochen beeinflussten stets die Strategien der Leprabekämpfung der folgenden Zeitabschnitte. Die erzwungene Isolation der leprakranken Afrikaner in Deutsch-Ostafrika hatte der britischen Leprabekämpfung in Tanganyika gezeigt, dass sich dieses oft als unmenschlich bezeichnete Konzept weder als effektiv noch als dauerhaft durchführbar erwies. Trotz allem führten die Maßnahmen der Deutschen dazu, dass sich in der Gesellschaft ein Bewusstsein dafür entwickelte, dass die Lepra eine ansteckende Krankheit ist. Auf dieses Leprabewusstsein konnte die freiwilli-

⁴¹⁸ HURMAN (1961) S. 100.

⁴¹⁹ HURMAN (1961) S. 101.

ge britische Leprabekämpfungsstrategie schließlich aufbauen. Auch hatte man unter deutschem Protektorat gezeigt, dass die Arbeit und Hilfe der Missionen überaus hilfreich sein konnte. Diese Erfahrungen prägten die spätere britische Lepraarbeit in Tanganyika entscheidend. Freiwillige Isolation wurde durch bestehendes Leprabewusstsein gefördert, auch wenn dieses unter der Bevölkerung noch weiter ausgebaut werden musste. Die Bedeutung der Hilfe seitens der Missionen wurde erkannt. Auch in Uganda und Kenya, wo die Lepraarbeit erst Ende der 1920er Jahre langsam begann, wurde auf erzwungene Isolation verzichtet. Erste Kampagnen begannen mit der Entdeckung des Chaulmoogra-Öls. Schnell wurde den Briten bewusst, dass alleinige Isolation und die Behandlung mit einem umstrittenen Medikament die Inzidenz der Erkrankung nicht senken würden. Forderungen nach Aufklärung, Ausbildung und Prävention der Bevölkerung kamen auf.

Erste Ansätze ganzheitlicher Behandlung

Schon 1933 berichtete SHARP über die Behandlung der Lepra, wobei die medikamentöse Behandlung durch subcutane und intradermale Injektionen von Hydnocarpus-Ölderivaten nur einer von vier wichtigen therapeutischen Ansätzen war. Gleichzeitig war auch die Behandlung anderer Infektionen wie Geschlechtskrankheiten, Wurmerkrankungen und weiterer, den Körper akut schwächenden Krankheiten nötig, damit der Erkrankte den Kampf gegen die Lepra antreten konnte.⁴²⁰ Damit wurde in den Leprakolonien nicht nur bezüglich der Lepra ausgebildet und aufgeklärt, sondern es wurden auch Kampagnen in richtiger Ernährung und der Prävention anderer Erkrankungen durchgeführt.⁴²¹ Neben diesen medizinischen Ansätzen spielte aber auch die Verbesserung des hygienischen Verständnisses der afrikanischen Bevölkerung eine wichtige Rolle. Beabsichtigt war, dass neben „inculcating habits of personal cleanliness by bathing parades and laundry work“ auch regelmäßige körperliche Aktivitäten in Form von Fußball oder anderem stattfinden sollten. Als vierten Punkt sah SHARP in den meist durch Missionen geführten Leprakolonien „Treatment aimed at enlightening the spirit and mind whereby as new life is imparted by God to the soul, fresh hope, courage and strength pervade the

⁴²⁰ STINNESBECK (1936b) S. 119.

⁴²¹ MUIR (1939b) S. 34.

whole personality“.⁴²² Betont wurde zu dieser Zeit immer wieder die absolute Freiwilligkeit der Isolation Kranker in den Leprasiedlungen. Dennoch behandelte man die Lepra noch nicht in Massenkampagnen. Die Wirksamkeit des Medikamentes war nicht für alle Formen der Lepra mit Sicherheit belegt und teilweise sehr umstritten.⁴²³ Dies hatte zur Folge, dass man sich auf die Bekämpfung der Lepra durch den Einsatz eines wirksamen Medikaments nicht verlassen konnte und folglich eine Wende in der Grundeinstellung zur Bekämpfung von Krankheiten mit sich brachte. BROWN beschrieb dies treffend im Jahr 1957 rückblickend: „What could not be cured, however, might at least be prevented (...)“.⁴²⁴ Damit zeigt sich, dass der Grundgedanke der Prävention als bedeutendes Mittel gegen Lepra schon in den 1930er Jahren allgegenwärtig war und bis in die Gegenwart eine große Rolle spielt. Außerdem wurde zu dieser Zeit auch betont, dass die Regierungen für Gesundheitsprogramme mehr Verantwortung übernehmen sollten. COOK schrieb 1936/37 über Uganda, dass Prävention von Krankheiten in den Zuständigkeitsbereich der Regierung gehört, ebenso wie die Durchführung bestimmter Maßnahmen im Gesundheitswesen, Bevölkerungsstatistiken, Kontrolle von Hygiene und Gesundheit im Zusammenhang mit Arbeitsbedingung, Wohnungsbau und Stadtplanung.⁴²⁵

Neben der Ausbildung des Gesundheitspersonals ist auch die Aufklärung und Ausbildung der Bevölkerung von unglaublich hohem Wert.⁴²⁶ Das Ziel, die Krankheit in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen, ist nur zu erreichen, wenn der Bevölkerung bewusst gemacht wird, wie sich Lepra in einem frühen Stadium klinisch bemerkbar macht. COCHRANE betonte schon 1937, dass zur Eindämmung der Lepra und Tuberkulose ähnliche Methoden angewandt und präventive Arbeit geleistet werden müsste. Nicht die Konzentration auf die erkrankte Person sei von höchstem Interesse, sondern die Familie, die mit dem Erkrankten lebt, damit potentiell gefährdet oder sogar schon infiziert war, müsse ganzheitlich betrachtet werden.⁴²⁷

⁴²² SHARP (1933) S. 155.

⁴²³ MUIR (1939b) S. 34.

⁴²⁴ BROWN (1957) S. 374.

⁴²⁵ COOK (1936-37) S. 108.

⁴²⁶ Bereits 1925 wurde im *Report of the East Africa Commission* die mangelhafte Ausbildung und Einbindung medizinischen Hilfspersonals, nicht nur in Verbindung mit der Lepraarbeit, in Ostafrika, vor allem in Kenya, kritisiert. (Vgl. *Report of the East Africa Commission*, S. 57).

⁴²⁷ MACKAY (1942) S. 150.

Da Prävention neben isolierenden Maßnahmen vor der Etablierung des Sulfone Ende der 1940er Jahre die einzige effektive Maßnahme gegen die Verbreitung der Erkrankung zu sein schien, wurde darüber nachgedacht, wie man die Bevölkerung am Besten darin unterrichten konnte. Wie bereits beschrieben wurde, versuchte man dies der Bevölkerung durch die Ausbildung von Chiefs und anderen Afrikanern möglichst nahe zu bringen. Bis heute ist das ein Grundsatz in der Gesundheitsbildung in afrikanischen Ländern, wo Präventionsarbeit bezüglich Infektionskrankheiten wie beispielsweise HIV und Tuberkulose, aber auch Family Planing und vieles mehr, von afrikanischen Gesundheitsarbeitern in den ruralen Gebieten durchgeführt wird, die mit Riten und Bräuchen der Ethnien vertraut sind. Sicher ist, dass der Erfolg von Gesundheitsprogrammen und damit auch der Erfolg der Leprabekämpfungsprogramme maßgeblich von der Kooperation der einheimischen Bevölkerung abhängt. Um diese so erfolgreich wie nur möglich zu gestalten, müssen die Programme auf die „Eigenheiten“ der Bevölkerung abgestimmt werden.⁴²⁸ Ignoranz seitens der Europäer führt zu Frust seitens der Afrikaner und macht eine Zusammenarbeit unmöglich. Auch Sprachbarrieren, die zu Verständigungsproblemen führten, selbst unter den verschiedenen Ethnien innerhalb eines Landes, stellen bis heute eine Schwierigkeit dar. Die Idee, einen Übersetzer einzusetzen, stieß nicht immer auf positive Resonanz seitens beider Parteien, die sich in der Wiedergabe ihrer originalen Worte und der Substanz nicht immer sicher waren. Diese Probleme bestanden in der Vergangenheit genauso wie in der Gegenwart.⁴²⁹ Mit Sicherheit war dies ein Punkt, dem man mit der Ausbildung von Afrikanern als medizinisches Personal entgegenzuwirken versuchte.

Doch nicht nur die Entwicklung der Leprabekämpfungsstrategien dahingehend, Lepra im Kontext mit anderen Erkrankungen zu sehen, sowie die Wichtigkeit von Prävention und Ausbildung zu betonen, prägten die späteren Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogramme, sondern auch strategische Erfahrungen durchgeführter Projekte. Die Durchführung von Massenkampagnen mit Sulfonen spielte dabei genauso wie die frühe Verknüpfung der Lepra- und Tuberkulosearbeit eine entscheidende Rolle. In der Geschichte gab es immer wieder Untersuchungen, inwiefern sich die Erkrankungen gegenseitig beein-

⁴²⁸ WHO (2005) S.7.

⁴²⁹ Vgl. WARUHIU; GECARGA (1948) S. 374 f.

flussen und ob Bekämpfungsmaßnahmen in kombinierten Programmen sinnvoll wären. Schon 1942 formulierte MACKAY: "It is advocated that anti-leprosy and anti-tuberculosis measures should go hand in hand and that these measures are but part of a larger public health programme in which preventive measures are taken in the villages themselves against whatever other preventable diseases may be prevalent in any particular area". Dazu zählten auch die Verbesserung der Wohnumgebung, Ernährung etc.⁴³⁰ Es sollte noch 30 Jahre dauern, bis dieser Ansatz tatsächlich in Ostafrika umgesetzt wurde.

Neben diesen Erkenntnissen hatten auch die frühen Untersuchungen von INNES oder COCHRANE zum Vorkommen der Lepra Einfluss auf die spätere Lepraarbeit.⁴³¹ Die Zahlen zu Leprakranken und die Aufdeckung endemischer Gebiete wurden immer wieder als Referenzwerte für die spätere Einführung bestimmter Lepraпроекте und als Vergleichswerte für die Darstellung von Ergebnissen dieser verwendet. BROWN formulierte das treffend anhand der 60 Untersuchungen, die zwischen 1951 und 1954 in Uganda durchgeführt wurden: „Such surveys provide the essential groundwork on which a rational control scheme can be based“.⁴³²

Mit Sicherheit lässt sich sagen, dass die heutigen Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogramme auch aus den Erfahrungen der kolonialen Leprabekämpfung resultieren. Die ständige Weiterentwicklung dieser, der ständige Drang nach Verbesserung, die Einführung von Medikamenten, die Erkenntnis der Wichtigkeit von Prävention, Ausbildung, Rehabilitation und andere soziale Aspekte, denen Aufmerksamkeit gewidmet wurde, führten Schritt für Schritt zu den Konzepten, die man heute verfolgt. Die schon frühe Betrachtung des Individuums als Ganzes, das beispielweise an Lepra erkrankte, ist auch heute ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsprogramme für die die Regierungen ebenfalls Verantwortung übernehmen sollten – so wie es immer wieder gefordert wurde. Die Zusammenarbeit dieser mit Missionen während der kolonialen Zeit, ebnete den Weg für die in den Entwicklungsländern heute tätigen NGOs.

⁴³⁰ MACKAY (1942) S. 152 f.

⁴³¹ Vgl. COCHRANE (1928).

⁴³² BROWN (1955a) S. 74.

9.2. Die Integration nationaler Programme in den öffentlichen Gesundheitsdienst

Hierbei handelte es sich um einen fließenden Prozess, der mit der Einführung der *NTLPs* endete. Während Tanzania mit der Unterstützung der *ILEP* dieses Ziel schon 1977 erreichte, wurde das *NTLP* in Kenya drei Jahre später eingeführt. Erst im Jahr 1990 folgte schließlich Uganda mit der Einführung eines in den Basisgesundheitsdienst integrierten Lepra- und Tuberkulosebekämpfungsprogrammes. Sicherlich liegt eine der Ursachen für diese, im Vergleich zu den beiden anderen ostafrikanischen Ländern späte Etablierung auch in der über einen langen Zeitraum bestehenden politischen Instabilität des Landes, in der die Durchführung von Gesundheitsprogrammen oft schwierig war.

9.2.1. Horizontale und vertikale Gesundheitsprogramme

Um Programme zu entwickeln, die auf die Bekämpfung bestimmter Gesundheitsprobleme ausgerichtet sind, gibt es zwei verschiedene Ansätze – horizontale und vertikale Gesundheitsprogramme. Bevor im Folgenden speziell auf die Erkrankung Lepra eingegangen werden soll, sollten an dieser Stelle kurz die Begriffe erläutert sowie ihre Vor- und Nachteile angesprochen werden.

Charakteristisch für vertikale Programme ist, dass dort die Bekämpfung einer bestimmten Erkrankung im Vordergrund steht. Alle zur Verfügung stehenden Mittel sind lediglich auf diese eine Krankheit ausgerichtet. Vorteile solcher Programme bestehen vor allem dann, wenn die Krankheit in einem Gebiet hochendemisch ist. Neben finanziellen Aspekten erzielt man mit der Konzentration auf eine Erkrankung möglichst schnell Behandlungserfolge und damit einen Rückgang der Inzidenz der Erkrankung. Was bedeuten vertikale Bekämpfungsprogramme nun konkret für die Bevölkerung? Verschiedene Organisationen oder Gesundheitsdienste mit spezialisierten und geschulten Fachkräften orientierten sich komplett auf diese eine Erkrankung und führen beispielsweise Untersuchungen in Schulen oder urbanen und ruralen Gegenden durch, um so klinische Verdachtsfälle aufzudecken und später behandeln zu können. Aber was ist, wenn in solchen Reihenuntersuchungen Wurmerkrankungen, Geschlechtskrankheiten oder andere Infektionen festgestellt werden? In einem vertikalen Programm bedeutet das, dass diese

Krankheiten zu diesem Zeitpunkt zwar registriert, jedoch nicht behandelt werden können, da alle zur Verfügung stehenden Mittel nur auf die Erkrankung, auf welche das Programm abgestimmt ist, ausgerichtet sind. Die Antwort auf die Frage, was das zum Beispiel für ein durch Zufall entdecktes Kind mit schwerer Pneumonie bedeutet, sei an dieser Stelle offen gelassen. Sind die Erkrankungszahlen in einem Gebiet eher niedrig, steigen die Kosten im Vergleich zum Nutzen extrem an, da der finanzielle Aufwand für die Behandlung nur einiger weniger Kranker sehr hoch ist.

Horizontale Programme, auch integrierte Programme genannt, bedeuten die Bekämpfung einer Krankheit auf der Ebene des Basisgesundheitsdienstes. Das heißt, dass die Health Worker in Dispensaries oder Health Centres so ausgebildet sind, dass verschiedenste Erkrankungen erkannt und auch behandelt werden können. Nicht zwingend ist es notwendig, eine genaue Diagnose stellen zu können. Hierfür ist es stets möglich, den Patienten an Referenzeinrichtungen zu überweisen, welche District Hospitals oder Regional Hospitals sein können. Jedoch sollten Verdachtsfälle in Dispensaries erkannt werden und für Patienten die Möglichkeit bestehen, ihre Medikamente unweit ihres Heimatortes abholen zu können. Man kann damit also sagen, dass ein breites Spektrum in der Erkennung von Krankheiten durch die intensive Ausbildung des Personals in den ruralen Gegenden abgedeckt werden sollte, ohne sich dabei auf eine bestimmte Krankheit zu konzentrieren. Finanzielle Vorteile hat dies vor allem für Krankheiten, die nicht sehr häufig in bestimmten Gebieten vorkommen. Dies bringt jedoch gleichzeitig den Nachteil mit sich, dass es für das Personal umso schwieriger wird, solche Erkrankungen zu erkennen, je weniger es mit diesen konfrontiert wird.

Grundsätzlich ist es auch möglich, verschiedene vertikale Gesundheitsprogramme miteinander zu kombinieren. Zum einen kann dies in Form von Programmen erfolgen, die auf unterschiedliche Krankheiten ausgerichtet sind, deren Konzepte ähnlich sind oder vielleicht regionale Gemeinsamkeiten aufweisen. Zum anderen können Programme zur Bekämpfung gleicher Krankheiten unterschiedlicher Organisationen zusammengeführt werden, um diese effektiver planen und koordinieren zu können und gleichzeitig Kosten zu sparen.

9.2.2. Leprabekämpfung – horizontal oder vertikal?

Wie bereits dargestellt wurde, kann man sagen, dass die Leprabekämpfungsprogramme in Uganda und Tanzania bis Anfang der 1960er Jahre vertikal ausgerichtete Gesundheitsprogramme waren. In Kenya war man schon in den 1950er Jahren eher der Auffassung, die Lepraarbeit in den allgemeinen Gesundheitsdienst zu integrieren und nur im hochendemischen Westen des Landes ein vertikales Programm durchzuführen. Zeitig realisierte man hier, dass vor allem in niedrig endemischen Gebieten diese Form der Lepraarbeit aus finanzieller Sicht weitaus rentabler war. Generelle Voraussetzung, um solche Leprabekämpfungsprogramme in den allgemeinen Gesundheitsdienst integrieren zu können, war jedoch, dass ein solcher in seiner Grundstruktur bereits vorhanden war. Der Aufbau eines allgemeinen Gesundheitsdienstes begann schon mit dem Ende des Ersten Weltkrieges. Außer Frage steht, dass es sich hierbei um einen langwierigen Prozess handelte, der immer wieder genaue Planung und ständige Evaluation erforderte. Die Organisation eines „Levelsystems“ der Gesundheitsversorgung existierte in Uganda, Tanganyika und Kenya bereits in den 1930er Jahren in Grundzügen. Das Grundprinzip bestand darin, afrikanische Health Worker in Dispensaries unter der Supervision von Medical Officers einzusetzen, die Symptome bestimmter Krankheiten erkennen konnten und diese, wenn nach ihrem Ermessen möglich, auch behandelten. Die Überweisung komplizierter Fälle an ein Health Centre oder Distrikt-Krankenhaus war möglich. Hierbei wurde das Prinzip der Indirect Rule der Briten besonders deutlich. WEBB meinte schon 1934 diesbezüglich: „The subdispensary system is perhaps the most important practical application of this form of government in which, under the guidance of the European, the native himself applies with his own capital and labour a scheme for his own betterment“.⁴³³ In der Leprabehandlung spielte dieses System jedoch zunächst keine große Rolle.

Aus den Erfahrungen der verschiedenen Gesundheitsprojekte der Länder ging schließlich hervor, dass auch die Leprabekämpfung in die bestehenden Gesundheitssysteme eingegliedert werden musste. Eine der wichtigsten Begründungen hierfür war die Tatsache, dass Lepra nicht weiter als eine Krankheit in der Bevölkerung bekannt sein sollte, die im Vergleich zu anderen Krankheiten eine besondere Aufmerksamkeit erlangte,

⁴³³ WEBB (1934) S. 371.

denn gerade das verstärkte soziale Probleme und Stigmatisierung. Nachdem die Lepra durch die Einführung der Sulfone medikamentös heilbar war, rückten vor allem diese Probleme in den Mittelpunkt der Betrachtung der Lepraarbeit. Auf der *World Health Organization Conference on Leprosy Control in Africa* im Jahr 1959 in Brazzaville wurden nochmals die wichtigsten Punkte für eine erfolgreiche Bekämpfungsstrategie zusammengefasst. Die Entdeckung der Sulfone ermöglichte nun Massenbehandlung der Erkrankten in Afrika, die in Form von mobile units, fixed treatment centres und leprosy villages je nach den Gegebenheiten der einzelnen afrikanischen Länder umgesetzt werden sollten. Gleichmaßen für alle sollten die Wege der Bevölkerung zur Abholung ihrer Medikamente so kurz wie möglich gehalten werden, um damit eine regelmäßige Teilnahme garantieren zu können. Schon in dem Jahr wurde empfohlen: „(...) in favour of more adequate control measures, at least in the first stage, i.e., until leprosy specialized services may be integrated into general public health services“. Case-finding sollte nach Empfehlungen ruhig auch über Teams stattfinden, die nicht nur für eine Krankheit zuständig waren, sondern auch für die Fallfindung der an Frambösie, Tuberkulose oder Schlafkrankheit Erkrankten. Die Therapie der Lepra hingegen sollte dann in der Verantwortung eines auf diese Krankheit spezialisierten Teams liegen.⁴³⁴ Außerdem wurde nochmals betont, dass die Gesundheitsausbildung ein wichtiges Instrument der Lepraarbeit ist. Damit musste der Bevölkerung immer wieder nahe gebracht werden, wie wichtig es ist an Untersuchungen teilzunehmen, sich regelmäßig in Behandlung zu begeben und Tabletten einzunehmen sowie die Akzeptanz als auch die Toleranz der Bevölkerung gegenüber Leprakranken zu fördern.⁴³⁵

Obwohl die neuen Leprabekämpfungsprogramme Mitte der 1960er Jahre immer mehr auf die Einbeziehung der schon bestehenden Gesundheitsstrukturen abzielten, erfolgte dies nicht ohne Probleme. 1967 stellte Oliver HASSELBLAD, Präsident der American Leprosy Mission, fest, dass die Etablierung horizontaler Programme in den endemischen Ländern nur langsam erfolgte. Vielmehr wurde sogar oft noch versucht, speziell auf Leprapatienten abgestimmte Programme durchzuführen. Das war völlig konträr zum neuen horizontalen Ansatz, durch den die Lepraarbeit vereinfacht werden sollte. Eine Besserung hinsichtlich Gesundheit und Fürsorge für Leprakranke war seiner Meinung

⁴³⁴ WHO CONFERENCE (1959) S. 460 ff.

⁴³⁵ Ebd. S. 460 ff.

nach nur möglich, wenn man die speziellen Bedürfnisse der Patienten an das knüpfe, was in den bisherigen Gesundheitsstrukturen bereits bestehe und auf dieser Basis weiterentwickelt.⁴³⁶ Im Jahr 1969 fand die *International Conference on Leprosy and other Mycobacterial Diseases* in Dar es Salaam unter dem *East African Medical Research Council* statt mit dem Resultat, dass Lepra nicht allein durch die Behandlung von Patienten kontrolliert werden könne, sondern case-finding und case-holding sowie Erreichbarkeit von Orten, wo die Behandlung möglich ist, ebenso eine große Rolle spielten. Man ging sogar so weit zu sagen, dass eben dies nur durch die Integration in den General Medical Service möglich sei. In Tanzania wurden Pilotprojekte gestartet, die in den General Health Service integriert wurden, wie zum Beispiel in der Region Tanga und Kigoma. Auch in Kenya verfolgte man dieses Prinzip. So wurde 1964 rückblickend berichtet „The general policy, as laid down in 1959, is that leprosy, in common with other special diseases, shall be managed through the general public health services, specialist advice and assistance being called in when necessary“.⁴³⁷ Bei der Integration in bestehende Gesundheitsstrukturen war klar, dass dies nicht ad-hoc durchgesetzt werden konnte. Vielmehr handelte es sich um einen Prozess, der einige Zeit beanspruchte. Deswegen galt es so schnell wie möglich damit zu beginnen, um Schritt für Schritt in den Regionen die horizontale Lepraarbeit einzuführen. Wichtig war dabei auch, die Methoden dafür an die unterschiedlichen Regionen eines Landes anzupassen.⁴³⁸ Demnach sollten sich auch bestehende Leprakontrollprogramme verändern. 1975 analysierte DE KEIJZER die bestehenden Programme in Tanzania und stellte fest, dass die dort tätigen HHVs sich wirklich nur auf ihre Arbeit im Rahmen der Lepra- und Tuberkulosefürsorge beschränkten. Er forderte, sie so auszubilden, dass sie die Fähigkeit hätten, Erste Hilfe leisten zu können und die Möglichkeit, andere Krankheiten zu behandeln.⁴³⁹

Das Konzept der Primary Health Care verändert die Lepraarbeit

Mit der Erklärung von Alma Ata und *PHC* 1978 wurde offiziell die Wichtigkeit des Zugangs einer jeden Person zu medizinischer Versorgung in erreichbarer Nähe zum Heimatort anerkannt. Dadurch wurden Health Centre und Dispensaries in Form des

⁴³⁶ HASSELBLAD (1967) S. 3.

⁴³⁷ MINISTRY OF HEALTH (1964) S. 337.

⁴³⁸ WHO (1970) S. 13.

⁴³⁹ DE KEIJZER (1975) S. 77.

Primary Health Care zum wichtigsten Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Uganda, Kenya und Tanzania versuchten nun die Empfehlungen der internationalen *PHC*-Politik umzusetzen.⁴⁴⁰ Da Lepra als eine endemische Krankheit in vielen Entwicklungsländern galt, sollte *PHC* auch im Rahmen dieser Erkrankung laut Empfehlung der *WHO* angewandt werden, mit der Hoffnung vor allem die Compliance der Patienten, aber auch case-finding und case-holding verbessern zu können, um so die Lepra schließlich zu kontrollieren.⁴⁴¹

Integrierte Gesundheitsversorgung auf die Bekämpfung der Lepra zurückübertragen bedeutet also, dass in Ostafrika jeder Health Worker⁴⁴² in den peripheren Gesundheitsstationen so ausgebildet sein sollte, den Verdacht auf Lepra zu erkennen. Aufgabe der *PHC* Worker war und ist es nicht zwingend eine sichere Diagnose zu stellen, sondern, wenn nötig, Verdachtsfälle an Spezialisten zu überweisen. Nach Diagnosestellung war es dann dem Health Worker möglich, nach standardisierten Schemata die Behandlung fortzuführen. Wichtig hierbei ist die Einfachheit innerhalb des Programmes. Um dies zu erreichen, führte man zum Beispiel praktikable einfache Einteilungsstufen für Behinderungen ein. Auch wurde die Unterteilung der Lepra in ihre verschiedenen Formen geregelt, die zunächst lange umstritten gewesen ist, letztlich jedoch auf Veranlassung der *WHO* vereinheitlicht wurde. Entscheidend für die Umsetzung der *PHC* und der Lepraarbeit im Rahmen dieser war die Grundlage, dass ein Health Centre für jeden Afrikaner in erlaubbarer Distanz sein sollte. Gerade in der Langzeitbehandlung der Lepra war das für die Compliance der Patienten wichtig. In Tanzania war das schon 1971/72 für 90 % der Bevölkerung umgesetzt worden.⁴⁴³ Genauso wichtig war das Training, die Aufklärung und das Aufheben der Vorurteile des medizinisch tätigen Personals in den Dispensaries. Der Erfolg war insbesondere vom Zusammenspiel zwischen Health Worker und Community abhängig. Mit der Verminderung sozialer Distanzen durch die Auswahl eines geeigneten Kandidaten, wodurch sich auch das Problem der Sprachbarriere lösen sollte, gelang es, kulturelle Barrieren zu durchbrechen und die Möglichkeit zu haben, lokale

⁴⁴⁰ Die Umsetzung, Erfolge und Misserfolge der *PHC* sind bis heute ein heftig diskutiertes Feld, was den Rahmen des zu bearbeitenden Themas übersteigt.

⁴⁴¹ NKINDA (1982) passim.

⁴⁴² Unterschiedliche Nomenklatur in der Literatur, beispielsweise Primary Health Worker, Community Health Worker.

⁴⁴³ NKINDA (1982) S. 166.

Einstellungen und Bräuche verändern zu können. Damit entwickelte sich die Arbeit der Health Worker zum wichtigsten Glied in der Kette der praktischen Lepraarbeit.⁴⁴⁴ Dennoch waren weiterhin spezielle Einrichtungen vonnöten, in die Patienten mit Komplikationen oder aus anderen Gründen überwiesen werden konnten. Dies konnte auch in dem Sinne umgesetzt werden, dass Spezialisten in regelmäßigen Abständen die *PHC-clinics* besuchten, um dann spezielle Behandlungen durchzuführen, für die die Patienten sonst große Strecken zu speziellen Einrichtungen hätten zurücklegen müssen.⁴⁴⁵

Die Umsetzung dieser Ansichten war in erster Linie Aufgabe der Regierungen, die von Hilfsorganisationen wie dem *DAHW*, der *The Leprosy Mission International* und der *NLR*, die sich vor allem in der ostafrikanischen Lepraarbeit engagierten, unterstützt wurden. Die *WHO* war meist nur kurzzeitig in die Nationalen Lepraprogramme involviert. Mit ihrer Hilfe sollten diese in die Nationalen Gesundheitsprogramme integriert werden, was vor allem durch die Weiterbildung des medizinischen Personals in Trainingskursen zur Lepra unterstützt wurde. Auch *UNICEF* unterstützte die Leprakampagnen weltweit in Form von Hilfsgütern wie Medikamente, Transportmittel, medizinisches Equipment, und auch durch finanzielle Hilfe, die vor allem für die Ausbildung des Personals in den Dispensaries und Health Centres verwendet werden sollte.⁴⁴⁶

9.2.3. Die Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogramme – ein Überblick

Die *NLTLPs* der Länder könnte man heute als vertikale Programme beschreiben, die in ihrer Basis, ihrem first level, in die Strukturen der Gesundheitsversorgung der Länder integriert sind. Die Health Worker der rural areas wurden ausgebildet, die Lepra zu erkennen und zu behandeln oder, wenn nötig, Patienten zur weiteren Untersuchung an entsprechend ausgebildete Fachkräfte zu überweisen.

⁴⁴⁴ Ebd. S. 167 ff., ROSS (1982) passim, BUCHMANN (1982) S. 218.

⁴⁴⁵ NKINDA (1982) S. 170.

⁴⁴⁶ WHO (1977) S. 152.

Der Weg zum NTLP

Eine wichtige Vorstufe der *NTLPs* war zunächst der Zusammenschluss verschiedener vertikaler Lepraprogramme in Tanzania 1967, in Kenya 1976 und in Uganda 1988 in ein zentral koordiniertes *Nationales Lepraprogramm (NLP)*. Gleiches galt für die verschiedenen vertikalen Tuberkulosebekämpfungsprogramme der Länder. Die enge Beziehung zwischen Tuberkulose und Lepra, auf die immer wieder aufmerksam gemacht wurde, sowie die Wirksamkeit der Sulfone in der Therapie beider Erkrankungen unterstützte Ideen zur Kombination von Projekten der jeweiligen Krankheiten. Bereits 1948 forderte INNES, die beiden Krankheiten nicht separat zu betrachten, sondern über gemeinsame Bekämpfungsprogramme nachzudenken.⁴⁴⁷ Tatsächlich wurden schließlich das *NTP* und *NLP* der ostafrikanischen Länder im sogenannten *Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogramm (NTLP)* kombiniert, um damit auch die limitierten Ressourcen der Länder effektiv nutzbar machen zu können. In Tanzania erfolgte das nach einem ersten Pilotprojekt 1975 in der Dodoma Region im Jahr 1977, in Kenya 1980 und in Uganda schließlich im Zeitraum von 1988 bis 1990.⁴⁴⁸ Der Kampf gegen Mykobakterien sollte damit also in einem Programm zusammengefasst werden. Problematisch hierbei war, dass die Prävalenz, die Verbreitung, Diagnose, Therapie und auch der soziale Umgang der Bevölkerung mit diesen Erkrankungen so unterschiedlich sein können, dass sich die Kombination letztlich nicht als sinnvoll erweist. Doch zwischen Tuberkulose und Lepra sah man immer wieder Ähnlichkeiten, wie zum Beispiel die Dauer der Behandlung, sowie zahlreiche ähnliche soziale Aspekte und Vorsichtsmaßnahmen bezüglich der Ansteckung, so dass die spätere Kombination der beiden Bekämpfungsprogramme logische Konsequenz zu sein schien.

Organisation der Programme

Das *NTLP* in Uganda, Kenya und Tanzania ist recht ähnlich aufgebaut und soll im Folgenden kurz beschrieben werden. Es ist in Form einer Pyramide organisiert, deren Basis die peripheren Gesundheitsstationen bilden. Die Spitze wird durch die Tuberkulose und Lepra Control Union des Ministry of Health gebildet. Die peripheren Gesund-

⁴⁴⁷ INNES (1948b) S. 385.

⁴⁴⁸ ROSENSTIHL (1990) S. 5.

heitsstationen sind Dispensaries und Health Centres, die mit ihrem Personal neue Lep-
ra- und Tuberkulosefälle erkennen und registrieren. Sie führen aktive Register und
sollen Patienten zur Therapie motivieren, vor allem diejenigen, die diese unterbrechen.
Bei Unklarheiten oder Komplikationen können die Kranken an die nächst höhere Stufe
überwiesen werden. Die District Hospitals stellen hierbei Referenzkrankenhäuser dar.
Die ebenfalls zu dieser Ebene gehörenden District Tuberculosis und Leprosy
Coordinators leiten das Personal der Basisgesundheitsstationen an und besuchen diese
in regelmäßigen Abständen. Außerdem kontrollieren sie die Führung der Register und
organisieren Fortbildungen für das medizinisch tätige Personal. Die nächste Stufe befin-
det sich auf regionaler Ebene. Hier findet die Verbindung zum Ministry of Health an der
Spitze der Programme statt. Administrative Aufgaben sowie Supervision der District
Tuberculosis/Leprosy Coordinators stellen Hauptaufgaben dar. Zu diesem Bereich zählt
man auch die großen Krankenhäuser der Länder.

10. Lepraarbeit der Missionen

Die ersten Institutionen, die sich mit der Gesundheit der einheimischen Bevölkerung in Ostafrika befassten, waren die Missionen. Sie waren diejenigen, die mit ihren wenigen Mitteln versuchten, bestmöglich die Gesundheit der Afrikaner zu verbessern. Gerade Lepra als eine Krankheit, die aufgrund von Vorurteilen an gesellschaftliche Grenzen stieß, war ein Problem, dessen sich die kirchlichen Organisationen annahmen, wobei die wiederholte Erwähnung eines entsprechenden Krankheitsbildes in der Bibel dies unterstützte. Zu deutscher und britischer Zeit in Ostafrika wurden, wie bereits dargestellt, viele der Lepraheime und Krankenhäuser von Missionen geführt. Menschlichkeit, Verständnis und Schutz – das waren die Werte, die man der an Lepra erkrankten Bevölkerung entgegenbrachte, auch wenn die Ressourcen der rein medizinischen Möglichkeiten erschöpft waren. Im Laufe der Zeit spielten die Missionen eine immer wichtigere Rolle in der Lepraarbeit Ostafrikas. Von den knapp 20 Leprosorien in Tanganyika wurden 1957 lediglich fünf vom Government geführt, die restlichen von Missionen und Native Authorities. Missionen, auch wenn sie einige Nachteile und Misserfolge verzeichnen mussten, haben in der Lepraarbeit bis heute eine überaus große Bedeutung. Die Zusammenarbeit zwischen Regierung und Missionen wurde zur Grundlage der Lepraarbeit.⁴⁴⁹ Dennoch vertraten beide Seiten unterschiedliche Standpunkte über die Wichtigkeit der Erkrankung und der dafür zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Oft kritisierten die Regierungen, dass den religiösen Aspekten der Erkrankung viel zu viel Aufmerksamkeit durch die Missionen entgegengebracht wurde. Die Regierungen erhofften sich lediglich personelle und materielle Unterstützung ihrer Partner. Ihrerseits wurde Lepra als ein Krankheitsproblem von vielen im Land angesehen, dass durch Verbesserung der hygienischen Bedingungen und Prävention unter Kontrolle zu bringen war.⁴⁵⁰

10.1. Die Rolle der Missionen in der Leprabekämpfung in Ostafrika

Missionen in Ostafrika gab es bereits in der präkolonialen Zeit, um den christlichen Glauben unter der afrikanischen Bevölkerung verbreiten zu können. Zur prä-kolonialen

⁴⁴⁹ ROGERS (1954b) S. 993.

⁴⁵⁰ MUIR (1939b) S. 40.

Missionsarbeit in Verbindung mit Lepra wurden nur einige wenige schriftliche Quellen gefunden. Im heutigen Tanzania, in Bagamoyo, waren bereits 1863 die *Spiritaneer* tätig.⁴⁵¹ Bereits 1888 übernahm diese die Verantwortung für eine junge an Lepra erkrankte Frau, die aus der Sklaverei entlassen wurde, und legte damit den Grundstein für eines der größten Lepraheime im späteren Deutsch-Ostafrika.⁴⁵² Auch die *Bethel Mission* war bereits seit 1891 in Usambara im Osten des Landes tätig.⁴⁵³ Im gleichen Jahr etablierte sich die *Church of Scotland* in Kibwezi, Kenya⁴⁵⁴, um hier nur einige Beispiele zu nennen. Eines der ersten „native hospitals“ in Ostafrika entstand an der Küste Kenyas in den 1890er Jahren. Das Krankenhaus bei Mzizima wurde auch hier schon durch die Mithilfe der CMS erbaut.⁴⁵⁵ Mit der Etablierung der deutschen und britischen Protektorate über Tanzania, Uganda und Kenya in den 1890er Jahren kamen weitere Missionen in diese Länder. Die Zentren der frühen Missionsarbeit in Ostafrika zeigt die nachfolgende Abbildung 11. Die Lepraarbeit spielte zu diesem Zeitpunkt keine relevante Rolle in ihrem Tätigkeitsfeld.

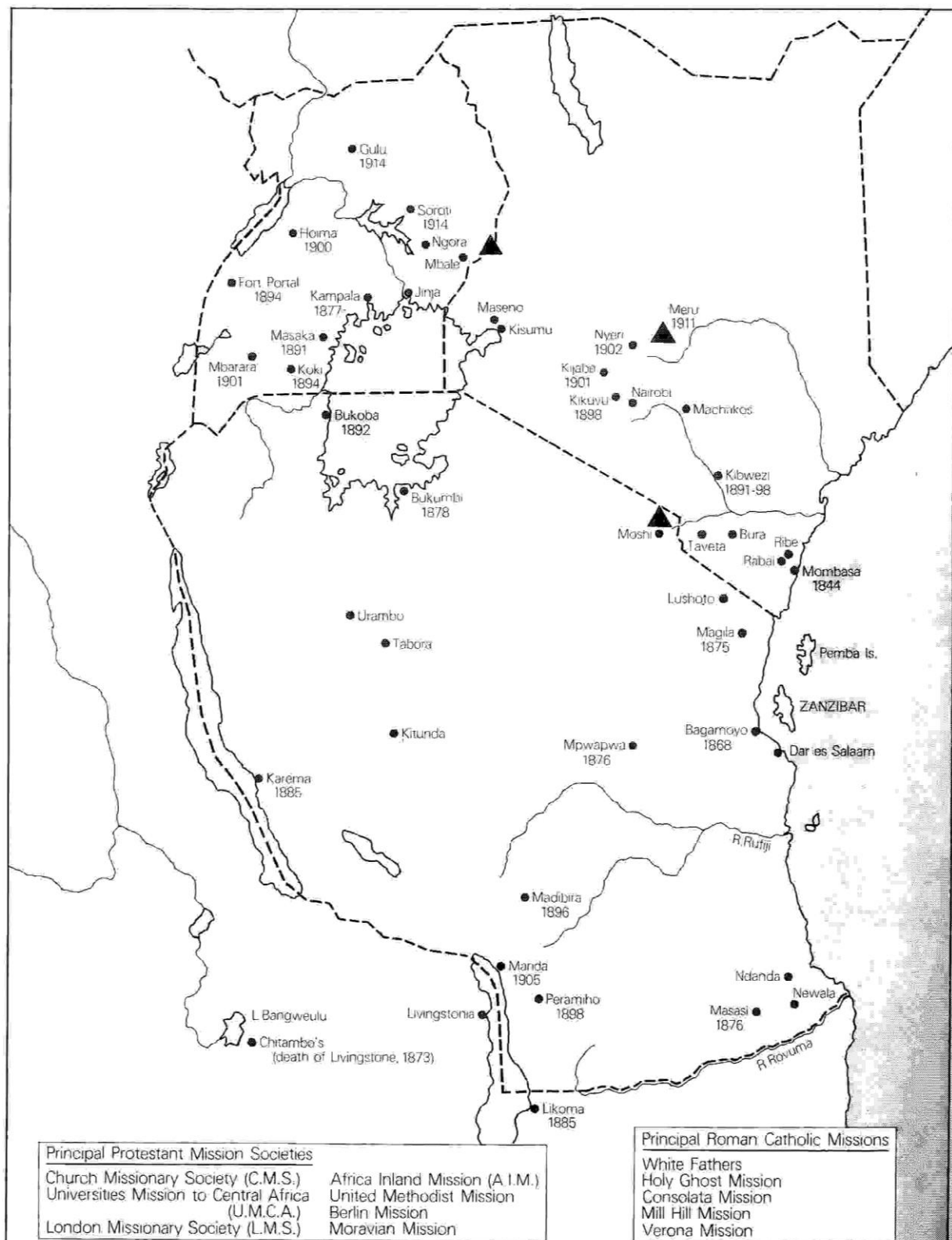
⁴⁵¹ BALSLEV (1989) S. 3.

⁴⁵² CLYDE (1962) S. 6.

⁴⁵³ http://www.bethel-historisch.de/index.php?article_id=33.

⁴⁵⁴ BOEDEKER (1935-36) S. 104.

⁴⁵⁵ Ebd. S. 103.



Map 30 Centres of early Christian missionary influence in East Africa

Abbildung 11: Frühe christliche Missionen in Ostafrika

Quelle: Odhiambo ESA. A history of Africa. London: Longman, 1977: 100

Missionen und Deutsch-Ostafrika

Die Anerkennung der Lepraarbeit der Missionen in Deutsch-Ostafrika unterlag einem Wandel. Mit der zentralisierten Bekämpfungsstrategie sollte die Aufsicht der Lepraheime vor allem dem Gouvernement obliegen. Nachdem die Erfolge dieser Strategie ausblieben und sich die Gründungswelle von Leprosorien der dezentralisierten Leprabekämpfungspolitik über das deutsche Gebiet ergoss, war das Gouvernement mit der adäquaten Aufsicht aller Lepraheime überfordert. Eine Lösung sah man in der stärkeren Einbindung der Missionen in die Lepraarbeit, indem man diese mit der Aufsicht der jeweiligen betraute. Viele der Lepraheime wurden in der Nähe von Missionsstationen errichtet, die sich immer weiter über das Land ausbreiteten. So entstanden auch zahlreiche Lepraheime auf Landabschnitten, deren Grund und Boden Eigentum der Mission war. Einige dieser standen gleichzeitig unter der Aufsicht vom Gouvernement. Die Missionen bekamen in der Regel keine oder nur minimale Entschädigung für ihre Arbeit. Aus dem Bezirk Neu-Langenburg wurde berichtet: „Die Aufsicht und Verwaltung sei den einzelnen Missionsgesellschaften übertragen gegen eine geringe jährliche Remuneration, die sich jeweils nach der Zahl der Kranken richte“.⁴⁵⁶ Die Idee, Lepraheime unter Missionsaufsicht zu stellen, stieß jedoch nicht bei allen auf offene Ohren. PEIPER, als einer der wichtigsten Personen bei der Bekämpfung der Lepra zur deutschen Zeit in Tanzania, stand der Missionsaufsicht der Lepraheime durchaus auch skeptisch gegenüber. Die Missionen, die zu diesem Zeitpunkt Schulen und Kapellen in den jeweiligen Heimen errichteten, hielten seiner Meinung nach die arbeitsfähigen Kranken von der Arbeit ab. Damit war das Grundprinzip eines sich selbst erhaltenden Dorfes in seinen Augen gefährdet. Auch die Problematik, dass Gesunde und Kranke dicht gedrängt in den Schulräumen nebeneinander saßen und damit keine Absonderung stattfand, dem einzig effektiven Mittel der Leprabekämpfung in dieser Zeit, beunruhigte ihn sehr.⁴⁵⁷ Trotz allem setzte sich dieses Konzept weiter durch. Im Jahre 1912 standen von 45 neu gegründeten Leprosorien 14 unter Missionsleitung – auch in den missionsschwachen Regionen.⁴⁵⁸ Die Leprafürsorge nahm stetig zu.

⁴⁵⁶ PEIPER (1913) S. 70.

⁴⁵⁷ PEIPER (1913) S. 82.

⁴⁵⁸ Vgl. hierzu auch Abbildung 3: Nachweis der Lepraheime und -dörfer Deutsch-Ostafrikas von 1912, Bemerkungen.

Neben der Leitung der Leprasiedlungen übernahmen die Missionen einige wenige medizinische Aufgaben, wie zum Beispiel das Verbinden von Wunden. Hierzu lassen sich zahlreiche Berichte finden, wie beispielsweise 1911 aus dem Lepraheim in Songea.⁴⁵⁹ Ein weiteres Tätigkeitsfeld lag im sozialen Bereich. Dabei wurde vor allem Wert auf Christenlehre, Schulbildung und Hilfe für Kranke gelegt. Berichte hierzu lassen sich aus dem Lepraheim Nunge aus dem Jahr 1912 und Songea aus dem Jahr 1911 finden.⁴⁶⁰ Doch die Übernahme dieser Aufgaben erfolgte nicht überall völlig reibungslos. Vor allem gab es Defizite in der medizinischen Versorgung seitens der Missionen, denen man in dieser Hinsicht sehr viel zumutete. Stabsarzt GEISLER berichtete 1912, dass Verbände an Wunden von Leprakranken nicht regelrecht angelegt waren und Arzneien nicht adäquat verteilt wurden.⁴⁶¹

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass das Hauptziel der Missionen in Deutsch-Ostafrika neben Sozial- und Gesundheitsdiensten, wie beispielsweise auch die Leprafürsorge, in erster Linie die Verbreitung des christlichen Glaubens unter der afrikanischen Bevölkerung war. Die zu dieser Zeit tätigen Missionen⁴⁶² waren die Evangelische Missionsgemeinschaft für Deutsch-Ostafrika, auch bekannt als *Bethel Mission*⁴⁶³, die *Berliner Missionsgesellschaft*⁴⁶⁴, die Mission der *Herrnhuter Brüdergemeinde*⁴⁶⁵, die *Leipziger Mission*⁴⁶⁶ und die *Benediktiner Mission*⁴⁶⁷. Auch Missionstationen der französisch-katholischen und englischen Missionen gab es im Land. Hier finden die *Spiritaner* und die *Weißten Väter* Erwähnung.⁴⁶⁸

⁴⁵⁹ PEIPER (1913) S. 70.

⁴⁶⁰ PEIPER (1913) S. 29, 70.

⁴⁶¹ PEIPER (1913) S. 82.

⁴⁶² Vgl. hierzu auch ECKART (1997) S. 326 ff.

⁴⁶³ im Usambaragebirge, sie errichteten 1902 eine Kolonie für Leprakranke in Hohenfriedberg, http://www.bethel-historisch.de/index.php?article_id=33.

⁴⁶⁴ Beginn der Arbeit in Ostafrika in den 1890er Jahren, vor allem im Gebiet des Nyassasees, 1891 Gründung der Missionsstation Wangemannshöh, welche 1899 verlegt wurde und in Neu-Wangemannshöh umbenannt wurde, <http://www.berliner-missionswerk.de/berliner-missionswerk>.

⁴⁶⁵ Beginn der Tätigkeit im Gebiet des Nyassasees, http://www.herrnhuter-missionshilfe.de/mambo/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1.

⁴⁶⁶ 1893 Arbeit im Gebiet des Kilimandscharo begonnen, auch im südlichen Paragebirge, <http://www.lmw-mission.de>.

⁴⁶⁷ Benediktiner Gemeinschaft von St. Ottilien, <http://www.missionsbenediktiner.de>.

⁴⁶⁸ <http://www.thewhitefathers.org.uk/index.html>.

Neben den Lepraheimen gab es zahlreiche von Missionen geführte Krankenhäuser, die sich um die Gesundheit der erkrankten Einheimischen bemühten. Dort übernahmen sie nicht nur die Therapie von Krankheiten, sondern begannen auch mit der Erhebung statistischer Daten.⁴⁶⁹ Dies war nicht nur für Lepra der Fall, sondern auch für andere Krankheiten, wie beispielsweise Syphilis.⁴⁷⁰

Die Lepraheime, in denen kein Arzt vorhanden war, sollten in regelmäßigen Abständen von einem der Ärzte besucht werden. Leider war es zu häufig der Fall, dass dies nicht durchgeführt wurde. Das resultierte unter anderem aus dem Mangel an Personal und der Dringlichkeit anderer Gesundheitsprobleme im Land.

Missionen und britische Gebiete

Im Bezug auf die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung waren die Missionen in den britischen Gebieten Ostafrikas diejenigen, die Pionierarbeit leisteten. Die Hauptlast der Versorgung der leprakranken Bevölkerung im britischen Protektorat Uganda und British East Africa lag auf den Schultern der dort anwesenden Missionen. Der Beginn der staatlichen Lepraarbeit Ende der 1920er Jahre leitete auch für die Missionen einen neuen Abschnitt ihrer Arbeit ein. Nicht selten entstanden Lepraheime dort, wo bereits Missionsstationen angesiedelt waren.

Mit Ende des Ersten Weltkrieges und der neuen Einstellung zur Verantwortung gegenüber ihren Kolonien sollte die medizinische Versorgung durch das Government organisiert und beaufsichtigt werden. COOK schrieb dazu 1936: „The question has sometimes been asked if there is a place for the Mission Hospitals in the Protectorate in the future. It is conceded that they have done much in the past, but it is argued that since the Government has established or perhaps we should say, is endeavouring to establish, a national system of medical relief with far greater resources in men and money than a missionary society can have, the purely missionary hospital is an anachronism”.⁴⁷¹ In den 1930er Jahren übernahmen vor allem Missionen die Lepraarbeit

⁴⁶⁹ PEIPER (1913) S. 81.

⁴⁷⁰ Vgl. COOK (1936-37) S. 99, „In 1897 when we began to keep accurate statistics in our C.M.S. Hospital and dispensary, we came to conclusion that 80 % of the Baganda had at one time or another contracted the disease”.

⁴⁷¹ COOK (1936-37) S. 108.

in Uganda, unterstützt durch Zuschüsse der *BELRA* und des Protectorate Governments. Die zu diesem Zeitpunkt großen und bekannten Leprosorien in Uganda wurden alle von einer kirchlichen Mission geführt. Die alleinige Übernahme dieser überstieg die finanziellen Ressourcen der Regierung, weshalb die Unterstützung gern akzeptiert wurde. Auch für die Patienten hatte dies Vorteile, denn die Missionare lebten die ganzheitlichen Fürsorge des Menschen für Körper, Geist und Seele: „But when in a Mission Hospital the doctor who attends the patient is able to tell him from personal experience, that he himself has found in Christ a Saviour able to keep him from falling, and the Spirit of God comes to dwell in the heart of that patient, why then the cure is complete and the whole man-body, mind, and spirit – becomes free of disease“.⁴⁷²

Neben der missionarischen Aufgabe übernahmen sie ähnliche Aufgabenfelder wie im deutschen Protektorat. Zunächst hatten die Missionen keinerlei Bezug zur Behandlung der Krankheit und konzentrierten sich auf soziale Aufgaben wie Schulunterricht und Ausbildung. Auch Saatgut, Bekleidung und Ackergeräte zum Landbau stellten die Missionen zur Verfügung. Doch mit der Zeit wurden medizinische Aufgaben übernommen. Denn nur selten besuchten Ärzte die Leprosorien und auch Missionsärzte waren nicht immer in den Lepraheimen anwesend. So wurde die Versorgung der Leprakranken mit Arznei- und Verbandmitteln übernommen. Die Schwestern der Missionen übernahmen ebenfalls das Verbinden von Wunden und die Fürsorge der Leprakranken.⁴⁷³ Sogar Hydnocarpus-Ölinjektionen wurden den Leprakranken von den Missionsschwestern verabreicht. Mit Gründung der *London Tropical Medical School* konnten auch Missionare die entsprechenden Kurse belegen und sich auf einen Einsatz im tropischen Ausland vorbereiten. Der Missionsarzt war zugleich Spezialist, Chirurg und Allgemeinarzt, während der „mission layman“ Medikamente verteilte, Wunden verband und nach bestem Wissen und Gewissen kleinere Krankheiten diagnostizierte. Die ärztliche Fürsorge wurde von Missionsärzten und Ärzten des Governments übernommen. Meist arbeiteten diese nicht in den Lepraheimen, sondern in umliegenden Krankenhäusern und visitierten die Leprakranken in regelmäßigen Abständen.

⁴⁷² COOK (1936-37) S. 109 f.

⁴⁷³ MUIR (1939b) S. 40; Hier wird Sister Peter im Buluba Leper Settlement im Busoga Distrikt bezüglich seiner medizinischen Tätigkeit hervorgehoben.

Nachdem Deutsch-Ostafrika von den Briten übernommen wurde, mussten sich die deutschen Missionare zunächst aus Tanganyika zurückziehen. Das Interesse der Hilfsorganisationen für Leprafürsorge stieg. Vor allem die *Christian Mission* wurde in Tanganyika aktiv, wobei zu diesem Zeitpunkt für diese die Leprafürsorge „a question of care rather than treatment and control“ war. Die Lepraarbeit wurde dabei von Missionaren übernommen, die von „local helpers“ unterstützt wurden, die oft selbst leprakrank waren.⁴⁷⁴

Die in Tanganyika tätigen Missionen in der Lepraarbeit waren vor allem die *Church Missionary Society*⁴⁷⁵, die *Universities' Mission to Central Africa*⁴⁷⁶, die *Christian Mission*⁴⁷⁷, die *African Inland Mission*⁴⁷⁸, die *Benediktiner Mission*⁴⁷⁹ und die *Moravian Church/ Herrnhuter Mission*⁴⁸⁰ als auch die *Weißten Väter*⁴⁸¹. In Uganda waren die Leprosorien vor allem unter der Obhut der *CMS*⁴⁸², der *Nkonkonjeru Catholic Mission*⁴⁸³ und der *Franziskanerinnen*. In der Lepraarbeit in Kenya finden die *CMS*⁴⁸⁴ und die *Church of Scotland Mission (CSM)*⁴⁸⁵ Erwähnung.

Auch mit der Unabhängigkeit der Länder blieben einige der Leprosorien in der Obhut der Missionen. Die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Regierungen hatte sich im Laufe der Jahre immer weiter entwickelt. Bis heute sind Missionen an der Versorgung Kranker und damit auch verbundenen Lepraarbeit beteiligt, so wie das St. Francis Buluba Hospital in Uganda oder die *Benediktiner* in Ndanda und Peramiho in Tanzania, um nur einige wenige Beispiele zu nennen. Dennoch stieg die Zahl der von der Regierung geführten Krankenhäuser und Leprasiedlungen im Verlauf der Zeit an.

⁴⁷⁴ BALSLEV (1989) S. 14.

⁴⁷⁵ <http://www.cms-uk.org>, Lepraheim Makutopora im Manyoni Distrikt.

⁴⁷⁶ BALSLEV (1989) S. 16, Lepraheime in Ruvuma Region am Lake Nyassa, Lulindi, Ndibwa, Masasi, Mpwapwa, Tandahimba, seit 1922 Lake Nyasa in Mbinga Distrikt, Ruvuma Region übernommen vom Government.

⁴⁷⁷ BALSLEV (1989) S. 14.

⁴⁷⁸ Ebd. S. 14, <http://www.aimint.org>, Leprasiedlung Kolandoto, Shinyanga-Region.

⁴⁷⁹ Leprasiedlung in Ndanda, Peramiho (Morogoro).

⁴⁸⁰ Sikonge Leprosorium.

⁴⁸¹ Mwakete Leprasiedlung in Tukuyu.

⁴⁸² Leprasiedlung Kumi-Ongino und Bunyonyi.

⁴⁸³ Leprasiedlung in Nyenga und Buluba.

⁴⁸⁴ Kaloleni Leper Camp.

⁴⁸⁵ Leprakrankenhäuser in Tumutumu und Chogoria.

10.2. „Saving-Souls“ – Leprakranke und die Verbreitung des christlichen Glaubens

Aus einem der ersten Briefe Schwester LIAs, eine der im Leprosorium Ndanda aktiven Schwestern des *Benediktiner*-Ordens, an das DAHW im Jahr 1958 geht besonders deutlich hervor, warum die Lepraarbeit und die Missionen so fest miteinander verbunden sind: „Diesen armen, leidenden Menschen dienen und helfen zu dürfen ist ja ein grosses Privileg. Die Aussätzigen waren Christi Lieblinge als Er vor fast 2000 Jahren ‚Gutes tuend‘ über unsere Erde ging“.⁴⁸⁶ Lepra und die Bibel sind seit Jahrhunderten fest miteinander verbunden. Daher sahen die Missionare es als eine besondere Aufgabe an, sich um Leprakranke kümmern zu dürfen. Lepra galt als der lebendige Tod in der Gesellschaft. Auch in vielen Gebieten Ostafrikas trennte die Diagnose Lepra von den Menschen und damit von der Gemeinschaft. Die Krankheit die in Afrika oft als Strafe für Verstöße gegen gesellschaftliche Normen oder „böser Zauber“ gesehen wurde, führte zum Ausschluss aus der Gemeinschaft.⁴⁸⁷ Diesen „Ausgestoßenen“ nahmen sich die Missionen würdevoll an. Den lebenden Kranken brachten sie Nächstenliebe entgegen, den Toten Respekt indem man sie richtig beerdigte. In der Umgebung hatte sich dies unter der afrikanischen Bevölkerung herumgesprochen und führte zum Vertrauensgewinn der einheimischen Bevölkerung gegenüber den Missionen.⁴⁸⁸ Wichtig war dies für das Konzept der freiwilligen Isolation als Bestandteil der britischen Leprabekämpfungsstrategie. Damit fanden wohl mehr Leprakranke den Weg in die Leprasiedlungen. Doch auch zur deutschen Zeit, in der man eher von erzwungener Isolation sprach, machten sich die zahlreichen Lepraheime in Deutsch-Ostafrika, die vor allem durch Missionen beaufsichtigt wurden, diesen Vertrauensgewinn durchaus ebenfalls zu Nutzen. Denn durch die mangelhafte Aufsicht der dezentralisierten Lepraheime musste man versuchen, die Anzahl der Fluchten aus den Leprosorien so gering wie nur möglich zu halten, indem man in diesen Kolonien versuchte, das Leben ein wenig attraktiv zu gestalten.⁴⁸⁹ Unabhängig von deutschem oder britischem Protektorat lässt sich jedoch sagen, dass die Regierungen und die Missionen eine Art wechselseitige Beziehung, fast schon eine Symbiose, eingegangen sind. Während für die Regierungen die Bekämpfung und Ein-

⁴⁸⁶ DAHW-ARCHIV, LIA (1958).

⁴⁸⁷ Vgl. Kapitel 2.2. Lehren der Lepraentstehung in frühen Zeiten.

⁴⁸⁸ BALSLEV (1989) S. 15.

⁴⁸⁹ Vgl. Kapitel 4.3. Soziale Probleme in der Eindämmung der Krankheit.

dämmung der Lepra als endemische Krankheit in den Gebieten Ostafrikas im Vordergrund stand, die durchaus auch, vor allem von den Deutschen, als Risiko für europäische Siedler angesehen wurde, konnten die Missionen uneingeschränkt ihre missionarischen Aufgaben erfüllen.⁴⁹⁰ BECK fasste die 1974 treffend zusammen: „They also recognised that the preaching of the gospel could be combined with the physical care of those whom they wished to convert“.⁴⁹¹

Kurz nach der Jahrhundertwende waren die medizinischen Möglichkeiten bezüglich der Behandlung von Afrikanern eher beschränkt, dennoch fanden immer mehr Kranke den Weg zu den Missionstationen. Durch diese Menschlichkeit und Nächstenliebe schaffte man es gleichzeitig, dass sich die Afrikaner auch für die Religion interessierten, die die Europäer mit sich brachten. Das war natürlich im Interesse der Missionen, die ja in die Länder gekommen waren um ihren Glauben zu verbreiten. Während man also die Kranken nach besten Möglichkeiten medizinisch versorgte, ihnen eine Unterkunft, Nahrung und teilweise auch Kleidung bot, erteilte man der einheimischen Bevölkerung Religionsunterricht und gleichzeitig Bildung, denn in den meisten Missionsstationen waren auch Schulen vorhanden. Die Kranken, die sich ihrer Erkrankung oft schämten und sich versteckten, hatten durch die Missionen wieder einen Platz in einer Gesellschaft gefunden – in einer Gesellschaft unter Gleichgesinnten.

Mit der Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten vor allem in der Chirurgie und den ersten Erfolgen von Impfkampagnen als Prävention von Erkrankungen in Ostafrika bemühten sich auch die Missionen, Krankenhäuser mit ausgebildetem Personal zu etablieren. Einerseits wollte man die Medizin nutzen, um religiösen Glauben unter der afrikanischen Bevölkerung zu erzeugen. Andererseits nutzte man jedoch den Glauben als Ressource für einen Heilerfolg. Diesen Effekt beschrieb WORBOYS folgendermaßen: „The opening that modern medicine promised to provide into indigenous cultures was paradoxical. The ideal was for indigenous peoples to try Western medicine, be impressed by its curative powers and superiority over native healing systems, and then to try the religion that had brought the means of their cure“.⁴⁹²

⁴⁹⁰ Vgl. Kapitel 10.1. Die Rolle der Missionen in der Leprabekämpfung in Ostafrika.

⁴⁹¹ BECK (1974) S. 98.

⁴⁹² WORBOYS (2001) S. 209.

In vielen Lepraheimen erfolgte die Zusammenarbeit zwischen Missionen und Regierung in Ostafrika. Meist leisteten die Regierungen hier finanzielle Zuschüsse, um die Versorgung der Kranken zu gewährleisten. Die Missionen selbst sammelten ebenfalls Spenden für ihre Projekte, genauso wie andere Hilfsorganisationen, wie zunächst *BELRA* und später die *ILEP*, die ebenfalls Hilfe in Form von Sachgütern, bezahlten Hilfskräften oder finanziellen Spenden zur Verfügung stellten. Einige dieser Organisationen wie zum Beispiel die *American Leprosy Mission (ALM)* betonten immer wieder, dass es mit der alleinigen finanziellen Hilfe nicht getan sei, so dass auch der Einsatz dieser Ressourcen nicht wahllos erfolgen sollte, was immer auch direkten Kontakt zu den Administratoren von Projekten bedeutete. Die *ALM* unterstützte mit ihren Geldern unter anderem das *All Africa Leprosy Research and Training Centre (ALERT)* in Addis Ababa⁴⁹³. Schon immer wurde seitens der Missionen in der Leprabekämpfung, auch während der mit Sulfonen durchgeführten Massenkampagnen, das Individuum im Mittelpunkt gesehen, für das Verantwortung übernommen werden sollte.

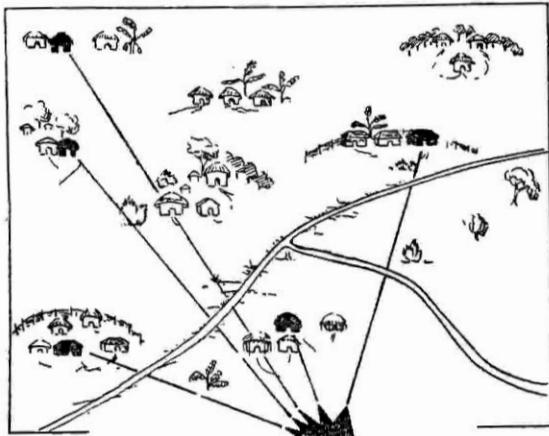
⁴⁹³ Vgl. Kapitel 11.4. Rehabilitation in der Lepraarbeit.

11. Soziale Folgen, Stigmatisierung und Rehabilitation

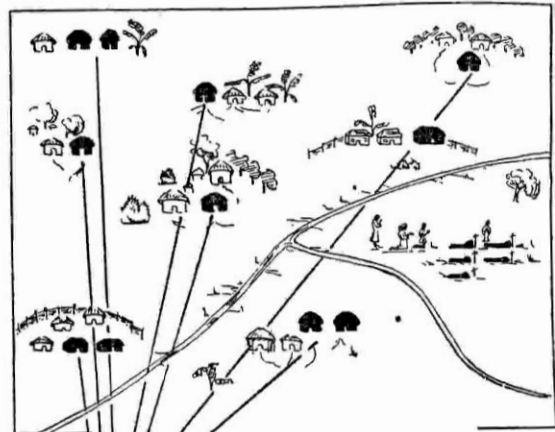
In diesem Abschnitt soll es nicht darum gehen, die aktuellen Leprabekämpfungsprogramme verschiedener Länder zu bewerten. Vielmehr soll dargestellt werden, was Lepraarbeit bedeutet und welche Probleme sich im Kampf gegen diese Erkrankung bis heute durch den Lauf der Geschichte ziehen.

Zunächst musste der Bevölkerung bewusst gemacht werden, dass Lepra eine ansteckende Krankheit ist. Das ist der Ausgangspunkt dafür, dass man die Hilfe bei einem Arzt sucht. Schon in den 1950er Jahren wurde dies in Afrika unter anderem anhand von Flugblättern und Plakaten versucht umzusetzen. Die Abbildung 12 zeigt ein Propaganda-Poster BROWNs aus dem Jahr 1955:

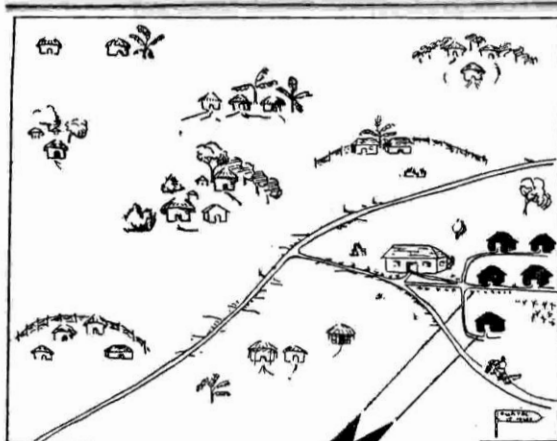
HOW MANY LEPERS IN YOUR AREA



This area had five lepers
but nothing was done.
THIS HAPPENED



The children became infected. The number
of lepers increased. Some died.



This village put its lepers in ONE PLACE
and medicine was sent every week.



The lepers were cured and returned
home and all danger disappeared.

THE MEDICINE IS READY!

WHAT ARE YOU GOING TO DO IN YOUR AREA ?

Ask your District Commissioner, Medical Officer, Health Inspector or your Chief for advice.

Abbildung 12: Propaganda-Poster zur Prävention der Lepra von 1955

Quelle: Brown JAK. No more Leprosy, Propaganda poster. Lepr Rev 1955b; 26: 124-125

Damit medizinisches Personal aufgesucht wird ist es wichtig, dass die Patienten wissen, dass die Lepra eine durch regelmäßige Tabletteneinnahme heilbare Erkrankung ist. Desweiteren darf sich der Patient nicht schämen leprakrank zu sein, das heißt also, dass Aufklärung der gesamten Bevölkerung bewusst machen muss, dass Lepra keine durch Flüche oder Fehlverhalten hervorgerufene Ursache hat. Der Patient darf keine Angst davor haben, aus der Gemeinschaft ausgestoßen oder verachtet zu werden. Hier wird die Wichtigkeit der Destigmatisierung besonders deutlich. 1970 hieß es im *WHO Expert Committee on Leprosy*: „Success in the control of a communicable disease such as leprosy depends to a large extent on the co-operation of the community. This is particularly so in situations, where, because of a variety of factors, deep prejudices have developed against the disease”.⁴⁹⁴

11.1. Lepraarbeit ist mehr als nur Isolation

Die Geschichte hat gezeigt, dass die alleinige Isolation Leprakranker für die Elimination der Erkrankung nicht ausreichend war. Lepraarbeit ist sehr vielseitig, genauso vielseitig wie die Länder, in denen sie heute noch endemisch ist und die Schwierigkeiten in Form von Vorurteilen etc., die diese Länder mit sich bringen. Ein weltweites einheitliches Konzept der Leprabekämpfung wird wohl zunächst eine illusorische Vorstellung bleiben. Dennoch liegt der Lepraarbeit eine Basis zu Grunde, die überall ähnlich ist.

In einem Bericht aus dem Lepracamp bei Nungi in Tanganyika von 1938 heißt es: „One victim is entirely without fingers and toes, but in spite of his infirmity he digs the ground and chops wood, tying on the instruments required to his stumps of hands in the most ingenious way”.⁴⁹⁵ Dieser Bericht zeigt die Verantwortung der britischen Lepraarbeit gegenüber den Kranken, die eben nicht nur in der Isolation Kranker von Gesunden lag. Prävention, Aufklärung und Rehabilitation bilden genauso wie die Therapie bis heute Eckpfeiler der Leprabekämpfung. Gleichzeitig sind Destigmatisierung und soziale Unterstützung der Leprakranken wichtige Ansatzpunkte, um den Betroffenen das Leben mit der Erkrankung zu erleichtern. Schon auf der *V. Internationalen Leprakonferenz* in Havana 1948 wurde festgestellt, dass soziale Hilfestellungen für Patienten im Kampf

⁴⁹⁴ WHO (1970) S. 11.

⁴⁹⁵ MUIR (1939d) S. 59.

gegen Lepra unabdingbar sind. Regierungen und NGOs müssen ihre Verpflichtungen hierfür akzeptieren und die Verantwortung dafür übernehmen, dass sie auch bereit gestellt wurden.⁴⁹⁶ Schwerpunkte wurden in dieser Zeit dahingehend gesetzt, dass gesunden Kindern in den speziellen Institutionen ein möglichst normales Leben unter der Aufsicht von Leprologen ermöglicht werden sollte. Familien Leprakranker sollte geholfen werden, einen Platz ohne Angst und Ächtung in der Gemeinschaft zu finden, aber auch Rehabilitation und Hilfe in der Lebensgestaltung Kranker zählten zu diesen Aufgaben.⁴⁹⁷

Wichtig für die Leprabekämpfung ist das möglichst frühe Erkennen der Erkrankung, zum einen, um Komplikationen und Folgen in Form von Behinderungen für den Patienten zu vermeiden, zum anderen um die weitere ungehinderte Infektion gesunder Mitmenschen zu verhindern. Die Erkrankung kann man anhand ihrer frühen Symptome erkennen, dafür muss man jedoch einen Arzt oder Gesundheitshelfer aufsuchen. Hierbei ist erforderlich zu wissen, dass es sich bei Lepra um eine Infektionskrankheit handelt und nicht, wie es die oft verbreitete Meinung in der Gesellschaft ist, eine Folge von Fehlverhalten oder Verfluchung. Aufgrund von Schamgefühl, verstecken Patienten zunächst ihre Symptome und später sich selbst, da eine offizielle Diagnose oft zur Ausgrenzung aus der Gesellschaft führt. Die Angst, verstoßen zu werden oder „Schande über die Familie zu bringen“, hat zur Folge, dass sich die noch gesunden Familienmitglieder und Mitmenschen bei den Kranken anstecken können und die Krankheit weiter verbreiten. Die heute mögliche Behandlung und Heilung durch Einnahme der *MDT* findet dadurch viel zu oft nicht statt und hat später durch das Fortschreiten der Erkrankung auch für den Patienten enorme Konsequenzen. Diesen Circulus vitiosus gilt es in der Leprabekämpfung immer wieder aufs Neue zu durchbrechen – ein langer und steiniger Weg, auf dem mit jedem Schritt nach vorne nicht selten zwei zurück folgten.

11.2. Stigmatisierung gestern und heute

Stigmatisierung Leprakranker und ihrer Familien ist eine Problematik, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts ebenso bestand wie heute. Da Stigmatisierung auf den verschiedensten Ebenen gleichzeitig vorkommt, macht sie die Lepraarbeit besonders schwierig.

⁴⁹⁶ REPORT (1948) S. 109.

⁴⁹⁷ Ebd. S. 109.

Gesellschaftliche Vorurteile spielen dabei genauso eine Rolle wie die unter dem Personal, das mit der Krankheit konfrontiert wird. Die Angst, mit der sich der Erkrankte auseinander zu setzen hat und Vorurteile der Bevölkerung rücken ihn, genauso wie sein verlorenes Selbstvertrauen, ins Abseits der Bevölkerung. Neben körperlichen Folgen der Krankheit, mit der die Patienten in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung leben müssen, hat das auch psychologische Probleme zur Folge.⁴⁹⁸

Die Vorurteile in der Gesellschaft stellen wohl mit eines der größten Probleme in der Leprabekämpfung dar. Hauptgrund hierfür ist die Angst vor der Erkrankung. Diese entstand in der afrikanischen Gesellschaft zum einen aus religiösen aber auch spirituellen Gründen heraus. Man glaubte, dass eine Person verzaubert oder verflucht wurde, oder aufgrund ihres Verhaltens von einer höheren Macht gestraft wurde. Ebenfalls spielt der Bezug der Lepra zur Bibel hier natürlich eine Rolle.⁴⁹⁹ Andererseits gibt es durchaus auch rationale Ursachen, die diese Angst begründeten. Mit dem Verständnis, dass es sich bei Lepra um eine Infektionskrankheit handelt, fürchtet man sich einfach zu sehr vor einer Ansteckung, resultierend aus der mangelhaften Aufklärung zum genauen Infektionshergang. Der Grund, warum gesunde Personen meist nicht mit Leprakranken zusammentreffen wollten, lag also hauptsächlich in den aus der Angst heraus entstandenen Vorurteilen. Durch unzureichende Aufklärung und bestimmte Kampagnen und Leprabekämpfungsstrategien in der Lepraarbeit verstärkte sich diese Problematik. Beispielsweise übermittelte man der Gesellschaft durch Lepraheime und Isolation der Kranken immer wieder, dass Lepra eine Krankheit war, der man spezielle Aufmerksamkeit schenkte.⁵⁰⁰ Außerdem hatten auch die Europäer vor der Etablierung der Sulfone kein wirksames Heilmittel, was der Lepra den Anschein verlieh, dass auch die westliche Medizin gegen diesen „Fluch“ machtlos sei. Und nicht zuletzt fürchtete man sich einfach vor dem Erscheinungsbild der Kranken, welche mit „löwenartig anmutenden“ Gesichtszügen oder verstümmelten Gliedmaßen und eiternden Wunden, verursacht durch Verletzung gefühlloser Hände und Füße, einen beängstigenden Eindruck hinterließen. Diese Einstellung zur Lepra führte zur Ausgrenzung des Kranken aus der

⁴⁹⁸ Vgl. GUSSOW (1970).

⁴⁹⁹ Vgl. Kapitel 2.2. Lehren der Lepraentstehung in frühen Zeiten.

⁵⁰⁰ Vgl. Kapitel 6.4. Besonderheiten der britischen Lepraarbeit, Proteste aufgrund der geplanten Anbindung der Behandlung Leprakranker der Leprasiedlung am Lake Bunyonyi an das lokale Krankenhaus, siehe auch DAHW-ARCHIV, BAIER (1969).

Gesellschaft – und damit zu einer Person, die vertrieben und gemieden wurde. Auch durch die Heilung mit Sulfonen wurde die Stigmatisierungsproblematik nicht wesentlich besser. Obwohl Patienten als geheilt aus Lepraheimen entlassen wurden, wollten die Chiefs sie nicht wieder in den Dorfgemeinschaften aufnehmen. Vor allem irreversible Behinderungen zeigten offensichtlich, dass man im Kontakt mit der Erkrankung gewesen sein musste. Noch schwieriger wurde es für den Kranken, wenn er auf die Hilfe anderer angewiesen war und aufgrund seiner körperlichen Verfassung keinen aktiven Beitrag zum Lebensunterhalt leisten konnte. Dadurch hatte er keine Chance, seinen Platz in der Gesellschaft wiederzufinden.

Die Leprosorien und Leprasiedlungen entstanden auch aus dem Grund, dass die Leprakranken in Krankenhäusern nicht mit anderen Patienten zusammen kommen wollten und sich deswegen abseits der Krankenhäuser niederließen.⁵⁰¹ Mit Sicherheit ist dies darin begründet, dass sie sich selbst von den verachtenden Blicken und Demütigungen trennen wollten. Dennoch gab es auch unter den Leprakranken Vorurteile. So wurde zum Beispiel Wert darauf gelegt, dass Kranke in weit fortgeschrittenem Stadium nicht mit denen in frühen Krankheitsabschnitten in ständigem Kontakt waren. Auf dem *VI. Internationalen Leprakongress* wurde beschlossen, dass eine Unterbringung von Patienten mit Behinderungen oder dauerhaften Deformitäten in speziellen Einrichtungen erfolgen sollte. Das wurde damit begründet, dass man im Behandlungsprozess vermeiden wollte, unter den Patienten die bisher keine Form von Behinderung zeigten, eine negative Stimmung zu erzeugen.⁵⁰²

“To be told that one has leprosy is to hear, as it were, one’s death sentence (...)” beschreibt ein Betroffener 1951 wie es war, die Diagnose Lepra zu bekommen. Die Vorstellung eines Lebens weit weg von seiner Familie und Heimat und die Angst, diese eventuell nie wieder sehen zu können, beschrieben eine Situation, die man mit dem Beginn eines einsamen und schleichenden Todes gleichsetzte.⁵⁰³ Daher waren die Leprasiedlungen „Fluch und Segen“ zugleich. Die Vorurteile in der Gesellschaft führten dazu, dass sich die Kranken ausgeschlossen und verstoßen fühlten. Die Gefahr, die

⁵⁰¹ BALSLEV (1989) S. 18.

⁵⁰² REPORT (1954) S. 145.

⁵⁰³ N. N. (1951) S. 7.

man in ihnen sah, wollte man nicht mehr in der Nähe haben. Mit dieser psychischen Demütigung waren sie nicht nur aus Gründen der Isolation gezwungen den Weg in die Leprosorien zu gehen. Doch dort traf man schließlich auf Menschen mit denselben Problemen. Man musste sich nicht verstecken und die Krankheit verleugnen. Alle waren gleich, in einer Gemeinschaft, in der jeder seine Aufgabe hatte. Denn meist wurde, wie bereits dargestellt, für jeden Bewohner der Siedlungen auch Arbeit im Rahmen der subsistenzuellen Landwirtschaft zur Verfügung gestellt. Mit den entsprechenden Fähigkeiten konnte man ebenfalls an der Ausbildung der Kinder in den Leprosorien mithelfen. Durch dieses so entstandene Gemeinschaftsgefühl in den Kolonien kam es vor, dass Patienten nicht wieder zurück in ihre Heimat wollten. In den Leprasiedlungen hatten sie neue Freunde und Familien gefunden. Als Anfang der 1960er Jahre Organisationen wie das *DAHW* Gelder für die Verbesserung der Lebensbedingungen in Leprasiedlungen zur Verfügung stellten, verstärkte sich dieses Problem noch mehr. Die Kranken lebten nun in massiven Gebäuden und nicht mehr in kleinen Lehmhütten, was mit einem hohen Lebensstandard verbunden war. Für weite Teile der gesunden afrikanischen Bevölkerung waren diese stabilen Häuser und regelmäßige Nahrungsbereitstellung Privilegien und mit hartem Kampf verbunden. Das führte zu weiterer Stigmatisierung der Kranken.⁵⁰⁴

Neben der oben genannten Problematik spielten auch die Ansichten und Vorurteile des medizinisch tätigen Personals eine wichtige Rolle, die natürlich auch von den gesellschaftlichen Ansichten beeinflusst wurden. Die afrikanische Bevölkerung wurde in den Gesundheitsdienst mit einbezogen. Afrikaner arbeiteten zum Beispiel als Rural Health Workers in den Dispensaries oder als Pflegepersonal in Krankenhäusern. Ebenfalls übernahmen sie soziale Aufgaben in Projekten zur Familienplanung oder eben in der Lepraarbeit. Wie in der allgemeinen Bevölkerung gab es auch unter ihnen Vorurteile gegenüber Leprakranken, resultierend aus dem Mangel an Wissen zur Ursache der Erkrankung, obwohl sie es durch ihre Ausbildung eigentlich hätten besser wissen sollen. Mitte der 1950er Jahr wird auf diese Problematik aufmerksam gemacht. Akute Fälle von Lepra in den normalen Krankenhäusern zu behandeln, war nicht immer unproblema-

⁵⁰⁴ Das ist ein Problem, das in Afrika heute auch in anderen Gesundheitsbereichen besteht. In einigen Krankenhäusern wird den HIV positiven Patienten in den regelmäßig stattfindenden HIV-clinics Nahrung zur Verfügung gestellt, was die gesunde Bevölkerung oft zu Neid und daraus resultierend stärkerer Stigmatisierung veranlasst.

tisch. Oft wollte das dortige medizinische Personal keinen Kontakt zu den Erkrankten haben. Auch die Aufnahme in Institutionen, die sich um Behinderte kümmerten, lehnten Leprakranke oft ab. Lepraverdächtige Afrikaner wurden teilweise nicht in den nahe gelegenen Dispensaries untersucht, sondern gleich an die spezialisierten Einrichtungen verwiesen, damit man keinerlei Kontakt zu den Kranken hatte. Gleiches galt später auch in der CBR, denn dort will man auch heute oft nicht mit den Leprakranken aus Furcht vor Ansteckung und den noch bestehenden falschen Ansichten über die Entstehung der Krankheit zusammenarbeiten. Leprosy worker, unabhängig von ihrer Herkunft, müssen bis heute einen Weg finden, den Patienten mit einer rationalen und menschlichen Einstellung gegenüber zu treten, ohne dabei in Extreme zu verfallen. Dabei sollte ein Mittelweg zwischen zu wenig und zu starken Vorsichtsmaßnahmen bezüglich der Ansteckung mit der Lepra gefunden werden. Oft wird die tief in der Einstellung verwurzelte Angst, sich sofort mit Lepra infizieren zu können, nur unterdrückt oder artet in extremen Vorsichtsmaßnahmen aus, um direkten und indirekten Kontakt mit den Patienten zu vermeiden.⁵⁰⁵ Die Aufklärung über die Lepra musste also auch bei diesem Personal erfolgen. Nur ohne diese Barrieren war eine erfolgversprechende Zusammenarbeit mit einem Patienten, der sich als Mensch wie jeder andere fühlen sollte, möglich. Bis heute ist das ein wichtiger Punkt in der Lepraarbeit in den Ländern, wo die Krankheit noch vorkommt. Je weniger Leprafälle in den Ländern registriert werden, je mehr die Erkrankung auch unter dem medizinischen Personal in Vergessenheit gerät und in dessen Folge die Bevölkerung viel weniger über Lepra aufgeklärt wird, desto mehr werden die Leprakranken wieder stigmatisiert werden. Denn der Glaube daran, dass Lepra ein Fluch sei oder eine Strafe Gottes für Fehlverhalten ist tief in der Menschheitsgeschichte verankert.⁵⁰⁶

11.3. Der Kampf gegen Vorurteile – Destigmatisierung im Lauf der Geschichte

Destigmatisierung ist ein Thema, das mit der Entdeckung des *Mycobacterium leprae* und der Anerkennung der Lepra als Infektionskrankheit bis heute in der Lepraarbeit einen außerordentlich hohen Stellenwert einnimmt. Destigmatisierungsmaßnahmen

⁵⁰⁵ N. N. (1955) S. 51 ff.

⁵⁰⁶ Vgl. Kapitel 2.2. Lehren der Lepraentstehung in frühen Zeiten.

müssen auf den verschiedensten Ebenen greifen, unabhängig von Herkunft des Individuums und der Gemeinschaft.⁵⁰⁷

Eines dieser Projekte sollte die Namensänderung der Krankheit sein. MOISER schrieb 1946, dass es dringend notwendig wäre, im Kampf gegen die Lepra und die Stigmatisierung den Namen der Erkrankung in Hansen Disease umzuändern und das Wort „Lepröser“ aus dem wissenschaftlichen Wortschatz abzuschaffen.⁵⁰⁸ Während letzteres offiziell auf dem V. Internationalen Leprakongress in Havana im Jahr 1948 vollständig aus dem Wortschatz in der Lepraarbeit verbannt wurde, setzte sich der Name Hansen'sche Krankheit für die Lepra nicht durch. Solche Projekte griffen jedoch nicht an der Basis des Problems. Es hatte sich gezeigt, dass nur eine Maßnahme die Vorurteile der Bevölkerung abbauen konnte – die Aufklärung über die Erkrankung zu Prävention, Übertragungsweg, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Aufklärung und Ausbildung Kranker, Gesunder und des medizinischen Personals gilt bis heute als Schlüssel für die Akzeptanz der Erkrankung als „normale“ Infektionskrankheit in der Gesellschaft.⁵⁰⁹

In ersten Ansätzen fand dies schon, wie bereits dargestellt wurde, zur deutschen Zeit in Tanzania statt sowie in der britischen Lepraarbeit Anfang des 20. Jahrhunderts. Das verstärkte sich nach Ende des Zweiten Weltkrieges immer mehr. Auch die Studien der ersten führenden Leprologen Ostafrikas wie INNES und MUIR versuchten dies umzusetzen. Wie bereits beschrieben wurde, fanden nicht einfach nur Untersuchungen statt, sondern in Vorgesprächen wurde die Notwendigkeit dieser erläutert und über die Erkrankung aufgeklärt. Auch die Ergebnisse wurden mit den Chiefs der jeweiligen Gebiete besprochen. Gleichzeitig nutzte man ebenfalls Schuluntersuchungen zur Aufklärung der Kinder.

Nach diesen ersten Maßnahmen zur Destigmatisierung der Lepra in Ostafrika wurde man sich in den 1950er Jahren bewusst, dass man der Erkrankung durch die bis dahin angewandten Leprabekämpfungsstrategien einen besonderen Status eingeräumt hatte. Die strenge Isolation Erkrankter in Lepraheimen und -dörfern führte dazu, dass sich Furcht und Vorurteile gegenüber Leprakranken verstärkten. Denn unter der afrikani-

⁵⁰⁷ Vgl. GUSSOW (1989).

⁵⁰⁸ MOISER (1946) S. 296, INNES (1948b) S. 384.

⁵⁰⁹ Vgl. MATHESON (1972) S. 22.

schen Bevölkerung erweckte man so den Anschein, dass die Krankheit gefährlicher war als andere Infektionskrankheiten und die Bekämpfung besondere Aufmerksamkeit erforderte. Daher wandelten sich die Bekämpfungsmaßnahmen dahingehend, dass Lepra nicht mehr lediglich in speziellen Institutionen therapiert werden sollte, sondern vielmehr in den allgemeinen Krankenhäusern der Länder. Eben dort, wo auch andere Infektionskrankheiten wie beispielsweise Tuberkulose und Malaria bekämpft werden. Infektiöse Fälle sollten dann zunächst in dem Bereich der Krankenhäuser behandelt werden, wo sonst auch die übertragbaren Krankheitsfälle isoliert wurden.⁵¹⁰

Ebenfalls änderten sich zu diesem Zeitpunkt auch die Ansätze der Aufklärungsmaßnahmen. Die Strategie, die allgemeine afrikanische Bevölkerung über Lepra aufzuklären, wurde ergänzt, indem man besondere Aufmerksamkeit auf Schlüsselpersonen in den sozialen Strukturen der Afrikaner legte, wie beispielsweise die Chiefs der Dörfer. Diese wollten aus Angst die Kranken oft nicht in ihrer Heimatdörfer zurückkehren lassen. Durch die Ausstellung von Zertifikaten wurde versucht zu bestätigen, dass der Kranke nicht mehr infektiös sei. Ein Papierdokument in Afrika, wo die Ausbildung in Lesen und Schreiben bis heute in einigen Gebieten eine enorme Herausforderung darstellt, um zu beweisen, dass man keine Gefahr mehr für die Gemeinschaft ist, steht den allgemeinen Vorurteilen und auch dem Glauben gegenüber, dass Krankheit Folge eines Fluchs ist. Dieser Kampf endete nicht selten damit, dass Leprapatienten nicht in ihre Heimatdörfer zurückkehrten und sich stattdessen nach ihrer Entlassung in den Randgebieten der Leprakolonien ansiedelten. Eventuell gebliebene Behinderungen waren immer ein Zeichen dafür, dass man an Lepra erkrankt war, auch wenn man als geheilt galt. Nur durch die Aufklärung der Chiefs konnte man dieser Problematik entgegen wirken. Auch COCHRANE schrieb 1953 dazu: „With regard to the healed case, who is not crippled, but shows stigmata of the disease in an innocuous scar, Chiefs should be educated to the fact that such patients are fully able and fit to return to their villages and assume normal life”.⁵¹¹ Hatte man es geschafft, dem Chief zu erklären, dass keine Gefahr mehr für die Bewohner seines Dorfes bestand, hatte man den geheilten Leprapatienten den Weg geebnet, sich wieder in Gesellschaften eingliedern zu können. Diese Form der

⁵¹⁰ Vgl. HASSELBLAD (1967) S. 3.

⁵¹¹ COCHRANE (1953b) S. 205.

Aufklärung war nicht nur eine Destigmatisierungsmaßnahme im engeren Sinne, sondern gleichzeitig für die soziale Rehabilitation, die *Community Based Rehabilitation (CBR)*, von großer Bedeutung.

11.4. Rehabilitation in der Lepraarbeit

Der Rehabilitationsaspekt in der Lepraarbeit wurde erst Mitte des 20. Jahrhunderts aufgegriffen. Wirksame Leprabekämpfungsstrategien zu finden, die sich in den tropischen Gebieten als praktikabel erwiesen und eine weitere Ausbreitung der Erkrankung unter der afrikanischen Bevölkerung verhinderten, beanspruchten die volle Aufmerksamkeit der Leprologen Ostafrikas während der kolonialen Zeit vor der Etablierung der Sulfone in der Lepratherapie.

Auf dem *VI. Internationalen Leprakongress* in Madrid 1953 wurden erstmals weitere Untersuchungen und Studien zu den Folgen der Lepra gefordert. Während es in der Therapie der Erkrankung einen großen Fortschritt gab, wurden Physiotherapie, Orthopädie und Chirurgie bisher nur wenig Beachtung geschenkt. Vor allem trophische Ulcera, hervorgerufen durch die Beeinträchtigung peripherer Nerven, aber auch Bewegungseinschränkungen durch den Funktionsverlust bestimmter Nerven in Form von Kontrakturen stellten Patienten und Personal immer wieder vor medizinische und soziale Herausforderungen. Ab Mitte der 1950er Jahre wurden Rehabilitation und Chirurgie zu einem präsenten Thema, das auch in den Zeitschriften mit dem Schwerpunkt Lepra immer wieder aufgegriffen wurde.⁵¹²

Auch die Kapazitätsgrenzen der Leprasiedlungen in der Aufnahme neuer Patienten verlangten zu diesem Zeitpunkt nach einer Lösung. Nicht mehr infektiöse Patienten sollten aus den Lepraheimen entlassen werden, damit neue infektiöse Fälle aufgenommen werden konnten. Im Jahr 1953 wird betont, dass sich um die Behinderten und Obdachlosen gekümmert werden müsse, die bisher in den Lepraheimen lebten: „This problem of the rehabilitation of cases fit for discharge is serious, (...), but elsewhere in East and Central Africa”.⁵¹³ Diese humanitäre Hilfe im christlichen Sinne wurde den Missionen

⁵¹² REPORT (1954) S. 136.

⁵¹³ COCHRANE (1953b) S. 204.

vorgeschlagen, die sich in speziellen Einrichtungen um Menschen mit Behinderungen unabhängig von ihrer Art und Ursache kümmern sollten.⁵¹⁴ Mit Sicherheit spielte neben diesem Aspekt die Wirtschaftlichkeit der Siedlungen eine wichtige Rolle. Die finanziellen Ressourcen in der Wohltätigkeitsarbeit der Organisationen waren knapp. Rehabilitation der Patienten als Konzept zur Einsparung von Geldern brachte Vorteile für die finanzielle Situation der Leprasiedlungen mit sich, aber auch – was ja im Sinne des Wortes viel wichtiger war – für die Situation des Leprakranken.

Operative Versorgung und Wiederherstellungschirurgie von Kontrakturen mit dem Ergebnis, zum Beispiel eine Hand wieder zur Arbeit nutzen zu können, und auch die Bereitstellung von Prothesen, um wieder laufen zu können, führten zur Reintegration des Kranken in das soziale Gefüge. Es ist klar, dass Anästhesien in Händen und Füßen aufgrund der Zerstörung von Nervengewebe nicht wieder hergestellt werden konnten, doch die Lebensqualität durch die wiedererworbene Selbstständigkeit wurde erhöht. Gerade an dieser Stelle zeigt sich, wie wichtig nach einem solchen Eingriff die weitere Rehabilitation und Ausbildung war. Noch heute wird in vielen Ländern der Erde und auch in den ostafrikanischen Gebieten zum Beispiel am offenen Feuer gekocht. Trotz der Wiederherstellung der Funktion der Hand erhöht sich das Risiko für Verbrennungen aufgrund der Anästhesien enorm. Dem Patienten muss dies bewusst gemacht werden, um schweren Verletzungen vorbeugen zu können.⁵¹⁵

Chirurgische Eingriffe, orthopädische Versorgung und Physiotherapie machten es dem Patienten wieder möglich, seinen Lebensunterhalt oder zumindest einen Teil dessen aufbringen zu können. Die Patienten mit schweren Behinderungen waren oftmals komplett auf die Hilfe gesunder Angehöriger oder Bekannter angewiesen und wurden in den Heimatdörfern nicht wieder aufgenommen, da sie für die Gemeinschaft lediglich eine finanzielle Belastung darstellten. Durch Rehabilitation konnten sie aktiv zum Lebensunterhalt beitragen. Damit war die Familie oder die Gesellschaft bereit, den

⁵¹⁴ Ebd. S. 205.

⁵¹⁵ WHO (1960) S. 22, es heißt: „All these methods are complementary, and to them must be added, not only the measures referred to under education to restore the individual to society with some degree of confidence, but also warnings of the increased necessity of care for hands and feet lest they become more seriously damaged by trauma in virtue of the improved mobility and usefulness that have been given to them. Using newly mobilized fingers which are still anaesthetic to lift hot cooking pots is an example of what might occur”.

Patienten wieder aufzunehmen. Der Patient selbst bekam das Gefühl vermittelt, ein wertvolles Mitglied der Familie und Gemeinschaft zu sein. Rehabilitation wurde dadurch gleichzeitig zu einem Mittel der Destigmatisierung.

Im Jahr 1954 wurde ein Rehabilitationsprogramm vorgeschlagen, das mit dem ersten Tag der Behandlung der Lepra beginnen sollte und erst mit der Wiederansiedlung des geheilten Patienten in seiner häuslichen Umgebung beendet ist. Patienten sollten gleich in ein Netz, bestehend aus enthusiastischen und motivierten Sozialarbeitern und Physiotherapeuten aufgenommen werden, denn „the longer this despondency continues and the longer the patient believes that he will never be able to take his place in an active society, the more difficult will his rehabilitation become“ – zu sehen, dass andere Patienten es schafften, ihr Leben trotz der Behinderungen zu organisieren, stärkte die Kranken gleichzeitig mental.⁵¹⁶

Rehabilitation wurde zu einem präsenten Thema auch auf internationaler Ebene. Auf der *WHO Conference on Leprosy Control* in Afrika im Jahr 1959 hieß es: „Finally the wish was expressed that modern treatment centres be more and more directed towards the creation and development of rehabilitation services (physiotherapy, occupational therapy, orthopaedic surgery) likely to restore leprosy sufferers in their human dignity“.⁵¹⁷ Durch das zweite *WHO Expert Committee on Leprosy* wurde Rehabilitation in der Lepraarbeit schließlich definiert als: „(...)the physical and mental restoration, as far as possible, of all treated patients to normal activity, so that they may be able to resume their place in the home, society, and industry“.⁵¹⁸ Die alleinige Behandlung der Erkrankung ist hier jedoch nur ein Teil des Prozesses, um dieses Ziel zu erreichen. Die mentale Gesundheit des Patienten war jedoch vielmehr von sozialen Faktoren abhängig. Die Möglichkeit zu haben, in Heimatdörfer zurückzukehren ohne gefürchtet und verachtet zu werden, stellte für die psychische Genesung einen wichtigen Aspekt dar, genauso wie von Angehörigen auf dem Wege der Genesung unterstützt zu werden. Oft war dies durch Stigmatisierung nicht so einfach machbar. Rehabilitation sollte also nicht die Errichtung von Asylen sein, in denen sich Behinderte niederlassen konnten, sondern die

⁵¹⁶ BRAND (1954) S. 9.

⁵¹⁷ WHO CONFERENCE (1959) S. 462.

⁵¹⁸ WHO (1960) S. 20.

aktive Reintegration in gesellschaftliche Strukturen. Natürlich gab es Fälle, die ein Leben in solchen Einrichtungen aufgrund schwerster Behinderungen notwendig machten. Doch auch hier sollten die Betroffenen als Teil der Gemeinschaft bestimmte Aufgaben übernehmen und sich nicht überflüssig fühlen.⁵¹⁹ Schon 1958 berichtete Schwester LIA aus Ndanda: „Ganz nahe bei der Dispenseire wohnen unsere Wazee – unsere Alten (...). Sie sind wie Ruinen: entstellt, verkrüppelt, hilflos – blind – aber nicht nutzlos. Sie sind unsere Beter und der Jumbe, ein früherer Katechist, gibt ihnen täglich Religionsunterricht, oder liest ihnen aus den Heiligenleben oder auch katholischen Zeitungen vor“.⁵²⁰

In Kampala wurde 1964 durch die Initiative des *National Fund of Research into Poliomyelitis and other Crippling Diseases* unter dem Vorsitz von Sir Herbert SEDDON, einem britischen Chirurgen, sowie Vertretern der Länder Afrika, Vereinigte Staaten von Amerika, Jamaica, Indien und Hong Kong, ein Symposium zur „Rehabilitation of the cripple in Africa“ veranstaltet. Hauptaugenmerk lag hier auf Behinderungen aufgrund von Poliomyelitis und als Folge von Traumata. Aber auch Lepra und ihre Folgen, die zu Behinderung führen können, wurde Aufmerksamkeit geschenkt. Zusammenfassend berichtete BROWNE, der seinen Schwerpunkt in der Tätigkeit als Arzt und Missionar auf den Umgang mit Leprakranken⁵²¹ legte: „In view of the tremendous toll of crippling conditions throughout the continent of Africa, there is a great and growing need for rehabilitation services of all kinds, directed toward the prevention and improvement of physical impairment“.⁵²² Operative Versorgung von Wunden und Kontrakturen, Physiotherapie und die Versorgung von Patienten in Form von Prothesen und Hilfsmitteln wurden wichtige Bestandteile der Lepraarbeit sowie anderer Behinderungen. Das *ALERT*, welches 1965 am Princess Zenebework Krankenhaus in Addis Ababa etabliert wurde, übernahm die Ausbildung zahlreicher Mitarbeiter in Prävention, Behandlung und Rehabilitation im afrikanischen Kontext für deren Einsatz in Lepraprojekten in Uganda, Tanzania und Kenya.⁵²³ 1971 wird aus dem Westen Kenyas, Alupe, berichtet, dass ein

⁵¹⁹ Ebd. S. 20.

⁵²⁰ DAHW-ARCHIV, LIA (1958).

⁵²¹ Vgl. ROBERTSON (2003) S. 427 ff.

⁵²² BROWNE (1964) S. 211.

⁵²³ Die Gründungsmitglieder des ALERTs waren: American Leprosy Mission, Leprosy Mission, International Society for the Rehabilitation of the Disabled, Ministry of Health Ethiopia und Universität Addis Ababa, siehe auch http://www.telecom.net.et/~tdalert/about_ethiopia.htm, HASSELBLAD (1973) S. 172.

dort stationierter Chirurg nicht nur die rekonstruktive Chirurgie zur Versorgung Leprakrankter in den Leprazentren Ostafrikas übernahm, sondern auch für Patienten, deren Behinderung auf Erkrankungen wie zum Beispiel Poliomyelitis zurückzuführen war.⁵²⁴

Wie bereits dargestellt wurde, kommt es in Folge der Lepra auch zu Verletzungen an Händen und Füßen. Die Einführung sogenannter Footwear Programme soll vor allem kleineren Verletzungen an Füßen entgegenwirken. Aber auch hier zeigt sich, dass es mit der Bereitstellung von Schuhen nicht einfach getan ist. Aus Tanzania wird berichtet, dass einer Leprapatientin Schuhe zur Verfügung gestellt wurden. Nach einiger Zeit stellte man fest, dass die Frau trotzdem schwerwiegende Ulzerationen an den Füßen hatte. Im Gespräch stellte sich heraus, wie wichtig die Aufklärung über den Sinn des Tragens eines Schuhs ist. Sie sagte, dass von ihrem Heimatdorf bis zur Klinik der Weg matschig und auch steinig wäre. Sie wollte vermeiden, dass ihre Schuhe kaputt gehen und lief den schlechten Weg barfuß, um dann im Anschluss auf dem guten Weg die Schuhe zu tragen.⁵²⁵ Die DAHW schlug vor, in Tanzania in jedem Bezirkshauptquartier eines jeden Distrikts eine Schuhmacherwerkstätte einzurichten.⁵²⁶

Rehabilitation wird heute vor allem in Form der *CBR* durchgeführt, einem Programm der *WHO*, dass auf fünf Säulen basiert: Gesundheitsversorgung, Ausbildung, Lebensunterhalt sowie vielfältige soziale und unterstützende Faktoren.⁵²⁷

⁵²⁴ DAHW-ARCHIV, LEIKER (1971).

⁵²⁵ ROSENSTIHL (1990) S. 92.

⁵²⁶ DAHW-ARCHIV, BEOX-BLEUMINK (1976).

⁵²⁷ <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/index.html>.

12. Zusammenfassung

Im Jahr 1959 ging man im *WHO Annual Report* von 2.300.000 Leprakranken in Afrika aus mit der Überzeugung, dass in einigen Jahren alle Erkrankten die entsprechende Behandlung erhalten haben würden und jene Generation wohl die letzte sei, in der Lepra eine Rolle spielt. Heute kann man sagen, dass es immer noch Lepra in Afrika gibt. Auch die aktuell weitergeführten Projekte der *DAHW* zeigen, dass die Einstellung des Jahres 1959 leider zu optimistisch war. Die Geschichte zeigt, dass es eben nicht allein mit der Bereitstellung von Medikamenten in der Leprabekämpfung getan ist. Wie die *WHO* bis heute betont, kann mit dem derzeitigen Stand der Forschung lediglich die globale Elimination der Lepra ein anzustrebendes Ziel sein.⁵²⁸ Im Verlauf der britischen Lepraarbeit im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts erkannten führende Leprologen, wie beispielsweise auch MUIR 1937, dass der Glaube an die Eradizierung der Erkrankung eine reine Illusion wäre.⁵²⁹

Mittlerweile blickt Ostafrika auf mehr als 100 Jahre Lepraarbeit zurück. In dieser Zeit hat man es geschafft, dass im Rahmen der heutigen Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogramme das von der *WHO* gesetzte Ziel mit einer Prävalenz der Erkrankung von kleiner 1/10.000 in Tanzania, Uganda und Kenya erreicht ist. Mit Sicherheit kann man sagen, dass nicht nur die Fortschritte der Medizin einen großen Beitrag hierzu geleistet haben, sondern insbesondere auch die kolonialen Leprabekämpfungsstrategien. Hierbei darf man ebenfalls die Arbeit der Missionen in Ostafrika nicht vernachlässigen, die lange Zeit den größten Anteil an der Lepraarbeit hatten und auch noch heute hierbei eine wichtige Rolle spielen.

Wie bereits dargestellt wurde, zeigten deutsche und britische Leprabekämpfungsstrategien Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Welche Strategie letztlich effizientere Ergebnisse hervorbrachte, ist nicht abschließend zu beurteilen. Dies resultiert aus dem unterschiedlichen Verständnis der Ätiologie und Therapie der Lepra Anfang des 20. Jahrhunderts in deutscher und britischer Wissenschaftsmeinung, was gleichzeitig auch den größten Unterschied zwischen britischer und deutscher Lepraarbeit begründet – die er-

⁵²⁸ NORDEEN (1995) S. 563.

⁵²⁹ MUIR (1937c) S.182 f.

zwungene Isolation Kranker seitens der Deutschen versus der freiwilligen Isolation auf britischer Seite. Die Deutschen sahen in der Lepra eine akute Bedrohung für europäische Siedler und die afrikanische Bevölkerung – eine Infektionskrankheit, die man als Seuche bezeichnete und mit Erkrankungen wie Pocken und Pest gleichsetzte. Eine kurative Behandlung der Lepra war nach deutscher Auffassung nicht möglich. Deshalb bestand in der strengen erzwungenen Isolation der Erkrankten die einzige Möglichkeit, die Krankheit zu bekämpfen. Nach Erkenntnissen der britischen Lepraspezialisten erkannte man die Lepra als eine Krankheit, die zwar von Mensch zu Mensch übertragbar ist, jedoch teilten sie die Auffassung der akuten Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung seitens der Deutschen nicht. Damit war in der britischen Lepraarbeit die unter allen Umständen strenge Isolation Erkrankter nicht notwendig und die Kranken konnten sich freiwillig in den Leprasiedlungen niederlassen. Dadurch konnten auch Prävention, Aufklärung und Gesundheitsbildung zu einem wichtigen Teil der Lepraarbeit werden. In der deutschen Leprabekämpfungsstrategie, in der Lepra als Seuche galt und schnelle Handlungen erforderte, war hierfür wenig Raum.

Der Umgang der Deutschen mit der Lepra in Tanzania wurde durch die Briten immer wieder kritisiert. Die Kritik entzündete sich dabei besonders daran, dass die Isolation nicht freiwillig war und somit in drastischer Weise in die Rechte des Einzelnen eingegriffen wurde. Rückblickend kann diese Kritik aufgrund der unterschiedlichen Ausgangssituationen nur als ungerechtfertigt gelten. Auch in den britischen Gebieten, wie beispielsweise in Uganda gab es Zwangsuntersuchungen zur Verminderung von Geschlechtskrankheiten, die als akute Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung galten.⁵³⁰ Dabei verfolgte man einen ganz ähnlichen Ansatz wie die Deutschen bei der Bekämpfung der Lepra.

Die erzwungene Isolation vor allem in der zentralisierten Phase der deutschen Lepraarbeit führte dazu, dass die Betroffenen ihre Krankheit verschwiegen und sich versteckten. Lediglich Patienten in späten Stadien der Erkrankung, die Symptome nicht länger verstecken konnten, wurden erkannt und isoliert. Das Resultat dieser Situation war,

⁵³⁰ COOK (1936-37) S. 100, „A compulsory examination and treatment Ordinance for venereal disease had been passed and this led to some amusing and some serious incidents. An ordinance such as this can be made really burdensome, but worked as it was in Uganda it did nothing but good and the natives were quite intelligent enough to see it was for their own good“.

dass sich die Krankheit dadurch weiterhin ungehindert unter der gesunden Bevölkerung ausbreiten konnte. Ebenso erschwerte die Sehnsucht nach Familie und Heimat die zentralisierte Isolation. Der Wandel innerhalb der deutschen Leprabekämpfungsstrategien zeigt allerdings, dass man durchaus versuchte, auf die afrikanische Bevölkerung und deren kulturelle und soziale Bedürfnisse einzugehen. Der Anstieg der Anzahl der Kranken in den Lepradörfern während der dezentralisierten Phase zeigt das deutlich, auch wenn sich hier neue Probleme wie die adäquate Aufsicht bezüglich der Isolation ergaben. Doch auch die freiwillige Isolation Leprakranker unter britischer Aufsicht hatte Nachteile – vor allem dahingehend, dass die Leprakranken nicht wussten, wie sie mit ihren Freiheiten im Endeffekt richtig umgehen sollten. Anzumerken bleibt an dieser Stelle außerdem, dass die freiwillige Isolation in der britischen Leprabekämpfungsstrategie zwar immer als besonders humaner Aspekt hervorgehoben wurde, jedoch im weitesten Sinne ein Handel zwischen kranken Afrikanern und Lepraspezialisten abgeschlossen wurde. Für die Isolation versprach man den Afrikanern Heilung durch Injektionen mit Chaulmoogra-Öl. Es handelte sich dabei um ein Medikament, dessen Wirksamkeit bis zur Einführung der Sulfone auch unter den führenden Leprologen von Jahr zu Jahr mehr angezweifelt wurde.⁵³¹

Während die deutsche Kolonialmacht bereits Anfang des 20. Jahrhunderts mit der Isolation Leprakranker begann, wurde der Erkrankung zu dieser Zeit in den britischen Gebieten keine große Aufmerksamkeit geschenkt. In Uganda und Kenya begann die Lepraarbeit erst in den 1920er Jahren. Das erschwert ebenfalls den direkten Vergleich der Konzepte, denn das Deutsche Kaiserreich musste seine Kolonien mit Ende des Ersten Weltkrieges abtreten, so dass Deutsch-Ostafrika zur britischen Kolonie Tanganyika wurde und damit durchaus auf die Erfahrungen der deutschen Lepraarbeit in Ostafrika zurückgreifen konnte. Ob damit die britische oder deutsche Lepraarbeit im Endeffekt effektiver war, lässt ebenfalls nur Raum für Spekulationen.

Rückblickend bleibt jedoch zu sagen, dass unabhängig davon, ob die Lepraarbeit britischen oder deutschen Bekämpfungsstrategien folgte, es am Wichtigsten war, dass man sich überhaupt mit der Erkrankung in Ostafrika auseinandersetzte. Die Entwicklung der

⁵³¹ Vgl. TOUSIGNANT (2008).

Sulfone und die Entdeckung ihrer Wirksamkeit in der Lepratherapie führten zu einer Registrierungswelle Erkrankter in Ostafrika. Lepra wurde zu einer heilbaren Erkrankung. Mit der Etablierung der Sulfone in die Therapie setzte sich in Uganda und Tanganyika ein ähnliches Prinzip durch, das sich im Laufe der Jahre zu einem ganzheitlichen Prinzip entwickeln sollte, das neben der medikamentösen Behandlung auch rehabilitative und soziale Aspekte berücksichtigte. Die Einflüsse der *WHO* und andere entwicklungspolitische Ereignisse dürfen hierbei nicht vergessen werden. Die Isolation der Patienten sollte nun selektiv in Leprasiedlungen erfolgen. Wichtig war, dass ein Krankenhaus in erreichbarer Umgebung war, wo Patienten mit Komplikationen und Exazerbationen versorgt werden konnten. Behinderte Menschen sollten unterstützt werden. Dies erfolgte auch durch chirurgische Eingriffe zur Wiederherstellung von Körperfunktionen und nachfolgende Rehabilitation. Durch die Ausstellung eines Zertifikates, dass Patienten nicht mehr infektiös waren, sollte die Grundlage für die Wiederaufnahme in die Gesellschaft geschaffen werden. Auch die Trennung der gesunden Kinder von ihren kranken Eltern war ein Bestandteil der Lepraarbeit in den beiden Ländern. Case-finding, case-holding, Isolation in Leprasiedlungen oder -dörfern, rehabilitative Chirurgie und auch die Behandlung oder Weiterbehandlung in out-patient clinics wurden zu Grundprinzipien. In Kenya führte man die Behandlung der Lepra in allgemeinen out-patient Departments ein. Problematisch hierbei war, dass die infektiösen Fälle nicht isoliert wurden und home segregation in der Praxis oft nur ein frommer Wunsch war. Dennoch war man davon überzeugt, erst mit der Heilung eines Teils der kranken Bevölkerung deren Vertrauen gewinnen zu können, um so ein Bewusstsein für die Bedeutung und Auswirkungen von Lepra hervorrufen zu können. Daraufhin sollte dann der Zweck der Isolation erklärt und die Absonderung eingeführt werden. Doch auch in dieser Epoche gab es neue medizinische und auch soziale Herausforderungen, für die man Lösungen finden musste, wie beispielsweise die Compliance der Patienten oder der Schwarzmarkt für Tabletten.

Mit der Unabhängigkeit der Länder wurde die Lepraarbeit weiter fortgesetzt. Dies ist zum größten Teil den in der *ILEP* organisierten *NGOs* zu verdanken. In Zusammenarbeit mit den Regierungen der Länder konnten die Nationalen Lepra- und Tuberkuloseprogramme in die *PHC* integriert werden.

Lepraarbeit unterliegt einem stetigen Wandel. Es hat sich gezeigt, dass Prävention, *MDT*, Rehabilitative Chirurgie, Rehabilitation und Gesundheitsberatung gerade in der Leprabekämpfung bis heute ein sehr stark verzweigtes Netz bilden. Die lange Inkubationszeit, die Chronizität und das oft unbemerkte Fortschreiten der Erkrankung sind weiterhin Ansatzpunkte für Untersuchungen, Forschungen und Studien. Der Kampf gegen diese vielseitige Erkrankung ist noch lange nicht gewonnen. Ohne die weitere Durchführung von Leprakontrollprojekten in den Ländern, in denen Lepra durchaus heute noch vorkommt, ist ein Wiederaufflammen der Erkrankung jederzeit möglich. Lepra droht in Vergessenheit zu geraten – doch für jene Personen und deren Familien, die an Lepra erkrankt sind, jene die an physischen, psychischen und sozialen Folgen leiden, ist die Krankheit noch immer so präsent wie eh und je.

13. Summary

In 1959 the *WHO Annual Report* reported 2,300,000 people were suffering from leprosy in Africa. The authors had been convinced that all sick people would have been properly treated within the next few years and that this generation would have been the last to experience leprosy. But today leprosy is still a problem in Africa. Also the newest projects of the *DAH* prove that the authors of 1959 were too optimistic. History has revealed that only the delivery of medicine has not been sufficient to defeat this disease. The *WHO* says that according to current scientific knowledge it is just possible to eliminate leprosy globally.⁵³² During their work fighting against leprosy in the first third of the 20th century leading leprologists – like MUIR in 1937 – had already recognized that the belief in the eradication of the illness would only be an illusion.⁵³³

Meanwhile East Africa has a history of more than 100 years of fighting against leprosy. During this time they have reached the aim set by the *WHO* of having a prevalence of less than 1/10,000 in Tanzania, Uganda and Kenya. It is sure that not only medical progress has led to this success, but also colonial strategies of fighting against leprosy. The work of the missions in East Africa, which have been a big part of the fight against leprosy and play an important role even today, should not be neglected.

As previously shown, German and British strategies of fighting against leprosy have similarities and differences. This is because of the different opinions concerning aetiology and therapy of leprosy at the beginning of the 20th century. This also constitutes the biggest difference between British and German leprosy work – the forced isolation of sick people by the Germans on the one hand versus the voluntary isolation in the British territories on the other hand.

According to the Germans, leprosy was an acute threat for European settlers and the African population – it is an infectious disease as dangerous as smallpox and black plague. The Germans assumed that a curative treatment was not possible. Consequently the strict forced isolation of sick people was the only possibility to fight against this dis-

⁵³² MUIR (1937c) S.182 f.

⁵³³ COOK (1936-37) S. 100.

ease. On the other hand British leprosy specialists considered leprosy to be a disease which was transmitted by person-to-person contacts, but they did not see leprosy as an acute threat for the health of the population like the Germans did. The British leprosy work did not focus on the strict isolation of sick people and the leprosy patients could settle voluntarily in leper colonies. That is why prevention, information and health education could become an important part of their leprosy work. There was little scope for this within the German strategy of fighting against leprosy because they considered leprosy a plague and an illness which required fast reactions.

The British continuously criticised the German approach of fighting against leprosy in Tanzania. The criticism was sparked by the fact that the isolation was not voluntarily and infringed upon the personal rights. In retrospect the criticism has been unjustified because of the different initial situations. Even in the British territories like Uganda there was forced medical examination to decrease venereal diseases which were considered to be an acute threat for the health of the population.⁵³⁴ In doing this they followed a similar approach to the Germans in fighting against leprosy.

The forced isolation during the centralised period of German leprosy work caused sick people to conceal and hide their disease. Only patients in their later stages who could not conceal their symptoms any more were recognized and isolated. That is why the disease could spread among the healthy population. The desire for family and home made centralised isolation very difficult.

The change in the German strategies of fighting against leprosy proves that they tried to deal with the African population and their cultural and social needs. The increase of sick people in the leper settlements during the decentralised stage made this clear although new problems, like the correct supervision concerning isolation, arose. But there were also disadvantages of the voluntary isolation under British supervision – especially because the patients could not handle their privileges. Furthermore the British voluntary isolation was always said to be very human, but in the end it was only a settlement of ill Africans and leprosy specialists. In exchange for the isolation, the Africans were prom-

⁵³⁴ TOUSIGNANT (2008).

ised healing by injections with chaulmoogra-oil, a medicine whose effect was more doubted every year by leading leprologists until the sulfons were introduced.

While the Germans started isolating ill people at the beginning of the 20th century, the illness was not in the focus in British territories. In Uganda and Kenya leprosy work started in the 1920s. That is why a direct comparison between the two concepts is difficult since the German Empire had to give away its colonies at the end of World War I. German East Africa became the British colony Tanganyika and could fall back on experience gained during German rule. It can only be speculated as to whether British or German leprosy work was more efficient.

In the retrospect it was good that they dealt with the disease in East Africa at all, independent of using British or German strategies. The development of sulfons and their effect in the therapy caused many ill people in East Africa to be registered. Leprosy became a curable disease. With the establishment of sulfons in the therapy of leprosy the doctors focused on a treatment which considered not only medicine but also rehabilitative and social aspects. The influences of the *WHO* and other development policy events must not be forgotten. It said the isolation of patients should occur selectively in leper settlements. It was important that a hospital was near where patients with complications and exacerbations could be treated. Disabled persons should be supported by medical interventions to restate body functions and following rehabilitation. A certificate which proved that a patient was not contagious anymore should be the basis for re-integration into society. Also the separation of healthy children from their ill parents was part of the leprosy work in both countries. Case-finding, case-holding, isolation in leper settlements, rehabilitative surgery and the treatment in out-patient clinics became basic principles. The treatment in out-patient departments was introduced in Kenya. One problem was the fact that infectious cases were not isolated and home segregation was only an unfulfilled wish. But they were convinced to gain confidence by healing ill people which would raise the consciousness for the importance and consequences of leprosy. In the next step they wanted to explain the aim of isolation to introduce segregation. Also in this era there were new medical and social challenges which needed to be solved, e.g. the compliance of patients and the black market for medicine.

After the countries became independent the leprosy work was continued due to the NGOs organized by the *ILEP*. In cooperation with the countries' governments, the national leprosy and tuberculosis programs could be integrated in the *PHC*.

Leprosy work is undergoing change. It has turned out that prevention, *MDT*, rehabilitative surgery, rehabilitation and health advice are all part of an extensive network. The long incubation period, the chronicity and the unnoticed progression of the disease are topics of further investigation, research and studies. The fight against this variable disease is still far from won. Without consequent projects controlling leprosy in countries where leprosy is still a matter the cases will increase. For most of us leprosy seems to be forgotten but for ill people and their families, those who suffer from the physical, psychological and social consequences, it is important as ever.

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Arzerootchi B. Die Entwicklung der Chemotherapie der Lepra. Hamburg: Diss., 1957
- Balslev K. A history of Leprosy in Tanzania. Nairobi: AMREF, 1989
- Banerjee A. Dr. Robert Cochrane, CMG, MD, FRCP, DTM&H: leprologist par excellence. J Med Biogr 1996; 4: 137-140
- Bechler RG. Leprabekämpfung und Zwangsisolierung im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert: wissenschaftliche Diskussion und institutionelle Praxis. Würzburg: Diss., 2009
- Beck A. A History of the British Medical Administration of East Africa, 1900-1950. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970
- Beck A. History of medicine and health services in Kenya (1900-1950). In: Vogel LC, Muller AS, Odingo RS, de Gens A, HRSG. Health and Disease in Kenya. Nairobi-Dar es Salaam-Kampala: East African Literature Bureau, 1974: 91-106
- Beck A. Medicine and Society in Tanganyika, 1890-1930: A Historical Inquiry. Philadelphia: American Philosophical Society, 1977
- BELRA. Editorial. Lepr Rev 1937; 8: 102-105
- Billington WR. Albert Cook 1870-1951: Uganda Pioneer. Br Med J 1970; 5737: 738-740
- Boedeker HA. Some sidelights on early medical history in East Africa. East Afr Med J 1935-36; 12: 100-107
- Boyd JSK. Leonard Rogers, 1868-1962. Biogr Mem Fellows R Soc 1963; 9: 261-285

Brand PW. The place of physical medicine and orthopaedic surgery in leprosy.
Lepr Rev 1954; 25: 5-10

Brown JAK. Leprosy Policy in Uganda. Lepr Rev 1953; 24: 98-103

Brown JAK. Leprosy Control in Uganda. Lepr Rev 1955a; 26: 72-76

Brown JAK. No more Leprosy, Propaganda poster. Lepr Rev 1955b; 26: 124-125

Brown JAK. The incidence and epidemiology of Leprosy in Uganda.
Trans R Soc Trop Med Hyg 1955c; 49: 241-252

Brown JAK. The Uganda Leprosy Control Scheme. East Afr Med J 1956; 33: 259-270

Brown JAK. Leprosy Control in Rural Areas. East Afr Med J 1957; 34: 373-380

Brown JAK. Mass campaigns and the individual. Lepr Rev 1960a; 31: 19-24

Brown JAK. The role of Leprosaria and Treatment Villages in mass campaigns in
tropical Africa. Int J Lepr 1960b; 28: 1-10

Browne SG. Rehabilitation of the cripple in Africa. Symposium held in Kampala, Uganda,
March 17-20, 1964. Int J Lepr 1964; 32: 211

Browne SG. James Ross Innes, 1903-1968.
Int J Lepr Other Mycobact Dis 1968; 36: 356-358

Browne SG. J. A. K. Brown, C.M.G., 1902-1971.
Int J Lepr Other Mycobact Dis 1971; 39 : 893-894

Browne SG. E. Muir. Br Med J 1974; 5941: 413

Bruchhausen W. Medizin zwischen den Welten, Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania.
Göttingen: V&R unipress, 2006

Buchmann H. The potential of Primary Health Care to leprosy control.
Lepr Rev 1982; 53: 211-220

Burgers P. A world within a world. Int J Lepr 1943; 11: 1-7

Cape Town Conference. Report of the International Conference of Representatives of the Health Services of Certain African Territories and British India, held at Cape Town, November 15th to 25th, 1932, Report on the Control of Leprosy.
Qrtly Bull World Health Organ 1933; 2: 108-111

Chatterji SN. The age of danger for Leprosy. Int J Lepr 1935; 3: 82-83

Clyde DF. History of the Medical Services of Tanganyika.
Dar es Salaam: Government Press, 1962

Cochrane RG. Leprosy in Europe, the Middle East and Africa.
London: World Dominion Press, 1928

Cochrane RG. The Epidemiology and Prevention of Leprosy.
Int J Lepr 1934; 2: 385-394

Cochrane RG. Leprosy in East Africa – Kenya. Lepr Rev 1953a; 24: 181-184

Cochrane RG. Leprosy in East Africa – Tanganyika. Lepr Rev 1953b; 24: 194-208

Cochrane RG. Leprosy in East Africa – Uganda. Lepr Rev 1953c; 24: 184-191

Cochrane RG, Davey TF. Leprosy in Theory and Practice.

Bristol: John Wright & Sons LTD, 1959

Cook HJ. A visit to three leper settlements. Lepr Rev 1940; 11: 101-103

Cook Sir AR. Notes on the diseases met with in Uganda, Central Africa.

J Trop Med 1901; 4: 175-178

Cook Sir AR. The medical history of Uganda. East Afr Med J 1936-37; 13: 99-110

Coutts WF. Appointments. Kenya Gazette 1958; 52: 678

Davies JNP. The history of the Uganda Branch of the British Medical Association, 1913 to 1932. East Afr Med J 1954; 31: 93-99

De Keijzer J. An Analysis of some field activities in a Leprosy Control Scheme in Tanzania. Lepr Rev 1975; 46: 73-78

Diesfeld HJ. Geomedizin – Ostafrika (Kenya, Uganda, Tanzania), Serie E (Beiheft zu Blatt 14). In: Kayser K, Freitag U, Manshard W, Mensching H, Schätzl L, Schultze JH, HRSG. Afrika-Kartenwerk. Berlin-Stuttgart: Gebrüder Borntraeger, 1989

Doerr W. Über den Aussatz im Altertum und in der Gegenwart. Heidelberg: F. H. Kerle Verlag, 1948

Downes-Shaw A. Observations on Leprosy in Teso.

East Afr Med J 1933-34; 10: 306-307

Eckart WU. Leprabekämpfung und Aussätzigenfürsorge in den afrikanischen „Schutzgebieten“ des Zweiten Deutschen Kaiserreichs, 1884-1914. Leverkusen: Heggendruck, 1990

Eckart WU. Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884-1945. Paderborn-München- Wien-Zürich: Ferdinand Schöningh, 1997

Eckart WU, JÜTTE, R. Medizingeschichte: eine Einführung. Köln-Weimar-Wien: Böhlau Verlag, 2007

Eddleston M, Davidson R, Brent A, Wilkinson R, HRSG. Oxford Handbook of Tropical Medicine. New York: Oxford University Press, 2008

Edmond R. Leprosy and Empire, A Medical and Cultural History. Cambridge-New York-Melbourne-Madrid-Cape Town-Singapore-São Paulo: Cambridge University Press, 2006

Engel-Bey F. Zur Therapie der Lepra. In: Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten 1926; 30 (Beiheft 2): 1-60

Fendall NRE. Health Centres in Kenya. East Afr Med J 1960; 37: 171-216

Foster WD. Doctor Albert Cook and the early days of the Church Missionary Society's medical mission to Uganda. Med Hist 1968; 12: 325-343

Foster WD. Robert Moffat and the beginnings of the Government Medical Service in Uganda. Med Hist 1969; 13: 237-250

Frey AB. Die Vorstellung zur Ätiologie der Lepra im 19. Jahrhundert. Tübingen: Diss., 1988

Garrod J. Tanganyika – Report on Health Services, 1959. Dar es Salaam: Government Printer, 1960 in: Int J Lepr 1960; 28: 479

Garrod J. Kenya – Medical Department, Colony and Protectorate of Kenya, Annual report for 1958/1959. Nairobi: Government Printer, 1959/1960 in: Int J Lepr 1961a; 29: 237

Garrod J. Uganda – Annual report of the Medical Department for the year ending December 31, 1958.

Entebbe: Government Printer, 1959 in: *Int J Lepr* 1961b; 29: 238

Gilks JL. The Medical Department and the health organization in Kenya, 1909-1933. *East Afr Med J* 1933; 9: 340-354

Goodchild RTS. Bunyonyi Leper Colony, Uganda. Report for 1935. *Lepr Rev* 1936; 7: 121-122

Gussow Z. Behavioral research in chronic disease: A study of leprosy. *J Chronic Dis* 1964; 17: 179-189

Gussow Z. Leprosy, Racism and Public Health – Social Policy in Chronic Disease Control. Boulder-San Francisco-London: Westview Press, 1989

Gussow Z. Stigma and the Leprosy Phenomenon: The Social History of a Disease in the Nineteenth and Twentieth Centuries. *Bull Hist Med* 1970; 44: 425-449

H. W. W. [Wheate HW]. Tanganyika – Annual report of the Medical Department, 1954. Dar es Salaam: Government Printer, 1955 in: *Int J Lepr* 1956; 24: 347

H. W. W. [Wheate HW]. Tanganyika – Annual Report of the Medical Department, 1958. Dar es Salaam: Government Printer, 1959 in: *Int J Lepr* 1960; 28: 479

Hailey L. An African Survey, A study of problems arising in Africa south of the Sahara. London-New York-Toronto: Oxford University Press, 1938

Hansen R. Neuere Methoden in der Behandlung der Lepra. Hamburg: Diss., 1925

Harris GF. The Voluntary Agencies – LEPRA's Contribution to the World-wide Campaign Against Leprosy. *Lepr Rev* 1973; 44: 165-168

Hasselblad OW. Present perspectives in Leprosy Control.

Int J Lepr Other Mycobact Dis 1967; 35: 1-3

Hasselblad OW. The Voluntary Agencies – American Leprosy Missions, Inc.

Lepr Rev 1973; 44: 171-173

Haupt DR. Urban Health Centres in Kenya. East Afr Med J 1960; 37: 217-223

Haupt W. Deutschlands Schutzgebiete in Übersee 1884-1918, Berichte, Dokumente, Fotos und Karten. Hanau/Main: Podzun-Pallas-Verlag, 1984

Heinemann H. Über Behandlung der Lepra mit Thymol. In: Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten 1924; 28: 1-2

Hennessey RSF. Some Social Effects of Tropical Medicine within the Commonwealth.

J R Soc Arts 1956; 104: 332-343

Hof H, Dörries R, HRSG. Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart-New York: Thieme, 2005

Huikeshoven HCJ, Honhoff C, Van Eys GJJM, Anten JGF, Mayer JMA, Van Helden HPT. Weekly Self-Medication of Leprosy Patients Monitored by DDS/Creatine Ratios in Urines. Lepr Rev 1976; 47: 201-209

Hurman JEJ. Mkunya, An experiment in Leprosy Control. Lepr Rev 1961; 32: 91-107

ILEP, 2010: ILEP Annual Report 2008-2009.

http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Annual_Reports/anrep09.pdf
(Zugriffsdatum: 25.04.2011, 13.35 Uhr)

Iliffe J. East African doctors: A history of the modern profession.

Cambridge: Cambridge University Press, 1998

Iliffe J. Africans – The history of a continent.

New York: Cambridge University Press, 2007

Innes JR. Leprosy in Uganda. East Afr Med J 1948a; 25: 379-381

Innes JR. Report on a visit to the U.S. Leprosarium, Carville, U.S.A. and the Havana Leprosy Congress, April, 1948. East Afr Med J 1948b; 25: 384-388

Innes JR. Leprosy in Kenya. East Afr Med J 1949a; 26: 32-35

Innes JR. Leprosy in Tanganyika, A survey of the Lake Province.
East Afr Med J 1949b; 26: 199-201

Innes JR. Leprosy in Tanganyika. Results of sample surveys in a wide range of places.
East Afr Med J 1949c; 26: 202-203

Innes JR. Leprosy in Tanganyika. A survey in the Southern Highlands Province.
East Afr Med J 1949d; 26: 212-215

Innes JR. Leprosy and Leprosy work in East Africa. Int J Lepr 1950; 18: 359-368

Innes JR. The leprotic child in Africa. East Afr Med J 1954; 22: 161-168

Klemm A. Lepra im Mbingadistrikt, Südtansania-Vorbereitende Untersuchungen zur Eingliederung der Lepraarbeit in Mbinga in den allgemeinen tansanischen Gesundheitsdienst im Rahmen des Nationalen Tuberkulose- und Lepraprogramms (NTLP) in Tansania. Heidelberg: Diss., 1982

Kober H. Meilensteine – Eine Krankheit verliert ihre Schrecken.
Würzburg: Echter-Verlag, 1997

Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes bzw. Reichs-Kolonialamt, HRSG. MEDIZINAL-BERICHTE über die Deutschen Schutzgebiete Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo, Deutsch-Südwestafrika, Neu-Guinea, Karolinen, Marshall-Inseln [und Palau-Inseln 1904/05; Marianen 1909/10] und Samoa für das Jahr 1903/04 [bis] 1911/12. Berlin: Mittler, 1905-1915

Lang W, Löscher T, HRSG. Tropenmedizin in Klinik und Praxis. Stuttgart-New York: Thieme, 2000

Leiker DL. Leprosy and Tuberculosis in Kenya. *Lepr Rev* 1968; 39: 79-83

Lenz M. Bericht über die Behandlung Aussätziger mit Nastin und Chaulmoograöl. *LEPRA. Bibliotheca internationalis* 1909/1910; 9: 19-22

Mackay AG. The control of Leprosy and Tuberculosis in rural areas of the Tropics. *East Afr Med J* 1942; 19: 150-153

Mackay AG. Notes on Leprosy settlements, Tanganyika Territory. *Lepr Rev* 1947; 18: 23-30

Map of East Africa. *Lepr Rev* 1939; 10: 2

Matheson A. Africa's fight against disease, Health: the war that never ends. *Afr Rep* 1972; 17: 19-25

Medical Department. Kenya Colony and Protectorate, Annual Report for 1934. *Lepr Rev* 1936; 7: 122

Medical Department. Uganda, Report of the Annual Report for 1954. *Lepr Rev* 1956a; 27: 81-82

Medical Department. Tanganyika, Report of the Annual Report for 1955. *Lepr Rev* 1956b; 27: 169

Ministry of Health. Abstract, Annual Reports from Kenya. *Int J Lepr* 1964; 32: 337-338

Moffat RU. Uganda Protectorate – Report for the year ending December 31, 1900.
J Trop Med 1901; 4: 326-330

Moiser B. Leprosy: A new outlook. *East Afr Med J* 1946; 23: 295-300

Muir E. Editorial, First Congress of the International Leprosy Association, Fourth International Leprosy Conference. *Int J Lepr* 1937a; 5: 87-91

Muir E. Editorial. *Lepr Rev* 1937b; 8: 102-105

Muir E. The Control of Leprosy: The Charles Franklin Craig Lecture of the American Society of Tropical Medicine. *J Trop Med Hyg* 1937c; 40: 182-183

Muir E. Leprosy in East Africa. *Int J Lepr* 1939a; 7: 383-394

Muir E. Report on Leprosy in Uganda. *Lepr Rev* 1939b; 10: 31-46

Muir E. Report on Leprosy in Kenya. *Lepr Rev* 1939c; 10: 47-58

Muir E. Report on Leprosy in Tanganyika Territory. *Lepr Rev* 1939d; 10: 58-80

Muir E. Future programme of B.E.L.R.A. – A progressive plan for the control of Leprosy in the British Colonies. *Lepr Rev* 1945; 16: 18-19

National Report on Leprosy for 1972, Tanzania. *Lepr Rev* 1973; 44: 275

News and Notes. Tanzania, Prevalence of leprosy.
Int J Lepr Other Mycobact Dis 1968; 36: 464

News Items. Kenya – Activity at Kakamega. *Int J Lepr* 1950; 18: 425-426

News Items. Uganda. Int J Lepr 1964; 32: 338-339

Nicholls CS. Red strangers: the white tribe of Kenya.

London: Timewell Press Limited, 2005

Nkinda SJ. Leprosy and Primary Health Care: Tanzania. Lepr Rev 1982; 53: 165-173

Nkolo A, Simon KK. National Tuberculosis and Leprosy Program, Activity Report, Tour of the districts in the Eastern Zone of Uganda 12th to 23rd December 2005, 3rd January 2006: 1-11.

<http://www.kumihospital.org/reports/ZTLS%20EAST%2005.doc>

(Zugriffsdatum: 26.08.2010, 10.22 Uhr)

N. N. Sleeping Sickness in Uganda. J Trop Med 1902; 5: 158

N. N. The Contraction of Leprosy – The humanitarian and Christian aspect.

Lepr Rev 1951; 22: 6-12

N. N. Editorial. Lepr Rev 1955; 26: 51-55

N. N. A Medical Man, The Stigma of Leprosy – A personal experience.

Lepr Rev 1972; 43: 83-84

Nordeen SK. Eliminating Leprosy as a Public Health Problem; Why the optimism is justified. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1995; 63: 559-566

Odhiambo ESA. A history of Africa. London: Longman, 1977

Ouko W. Discussions on approaches to the African mind in effecting health education and hygiene matters (Health Education and the African).

East Afr Med J 1960; 37: 167-170

Owen HB. Medical Education in Uganda. Trop Dis Bull 1933; 30: 659-668

Parry RC. Thirty-fourth Annual Report of Lake Bunyonyi Leprosarium 1963-64.
Lepr Rev 1965; 36: 47-48

Peiper O. Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika. Archiv für Schiffs- und
Tropen-Hygiene 1913; 17: 1-105

Praag E, Mwankemwa S. A prevalence survey on leprosy and the possible role of village
10-cell leaders in control in Muheza District, Tanzania. Lepr Rev 1982; 53: 27-34

Report of the East Africa Commission, April 1925.

Report. The Fifth International Congress on Leprosy. Lepr Rev 1948; 19: 85-109

Report. The Sixth International Congress of Leprology, Madrid, October 3rd-11th, 1953.
Lepr Rev 1954; 25: 125-146

Report. The Panel on Educational and Social Aspects on the 8th International Leprosy
Congress. Lepr Rev 1964; 35: 52-57

Robertson J. The papers of Stanley Browne: 1907-1986.
Hist Cienc Saude Manguinhos 2003; 10: 427-433

Rogers L. The spread, probable mode of infection and prophylaxis of Leprosy.
Br Med J 1922; 3208: 987-990

Rogers L. Editorial. Lepr Rev 1941; 12: 2

Rogers L. Progress in the Control of Leprosy in the British Empire.
J R Soc Arts 1946; 94: 508-535

Rogers L. Leprosy incidence and control in East Africa, 1924-1952 and the outlook.
Lepr Rev 1954a; 25: 41-59

Rogers L. Progress towards the eradication of leprosy from the British Commonwealth.
J R Soc Arts 1954b; 102: 987-1002

Rosenstihl B. Das „Nationale Tuberkulose- und Lepraprogramm“ (NTLP) in Tansania,
Neue Perspektiven in der Leprabehandlung. Freiburg: Diss., 1990

Ross WF. Leprosy and Primary Health Care. Lepr Rev 1982; 53: 201-204

Schaller, KF. Integration of Leprosy Control into the Health Centre Scheme.
Lepr Rev 1969; 40: 243-248

Schicho W. Handbuch Afrika, Band 3, Nord- und Ostafrika.
Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2004

Schumacher Dr. Zur Behandlung der Lepra mit Nastin. Archiv für Schiffs- und Tropen-
Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten 1913; 17: 15-17

Senior Medical Officer. Tanganyika, Report of the Central Province, Mwakete Leprosy
Settlement, for 1941. Lepr Rev 1943; 14: 47-50

Sharp LES. Leprosy in Uganda. Lepr Rev 1933; 4: 150-158

Sharp LES. Further Report on Bunyonyi Leprosy Colony, Kigezi, for 1933-34, with
statistics. Lepr Rev 1935; 6: 72-78

Sharp LES, Metcalf J. Island of miracles: The story of the Lake Bunyoni leprosy
settlement, Uganda. Croydon: Ruanda General and Medical Mission, 1951

Stinnesbeck Sister MT. How Leprosy was regarded by the African Natives before Europeans came. *Lepr Rev* 1936a; 7: 17-18

Stinnesbeck Sister MT. Ndanda Leper Camp, Tanganyika Territory. Annual Report 1935. *Lepr Rev* 1936b; 7: 119-121

Stone MM. Leprosy Control in the Teso-District, Uganda – A Review of the Last Twenty Years. *Lepr Rev* 1969; 40: 233-236

Teichmann GO. Review of the WHO Technical Report Series, No. 71, First Report on the Expert Committee on Leprosy. *Lepr Rev* 1954; 25: 63-64

Tousignant N. 'The Stubborn Chaulmoogrists:' Locality, Authority, and the Judgement of Therapeutic Value of Leprosy Medicines in French West Africa, 1920s-1950s, Abstract of the report at the Conference "Imagining and Practicing Imperial and Colonial Medicine, 1870-1960" by the Wellcome Unit for the History of Medicine, 10.01.2008-12.01.2008, University of Oxford

Verordnung des Gouverneurs vom 1. Juli 1912, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 1912; 36: 899-900

Wallace CA. Leprosy infection in children. *East Afr Med J* 1944; 21: 73-75

Waruhiu Chief, Gecarga BM. Co-operation between Europeans and Africans in medical and social work. *East Afr Med J* 1948; 25: 374-375

Weaver E. Importance of the Preventorium in the rehabilitation of the child of the leper. *Int J Lepr* 1940; 8: 495-500

Webb WL. The Subdispensary System in Uganda. *Trop Dis Bull* 1934; 31: 365-371

Welch TB. Some considerations on diagnosis in leprosy and on the treatment of lepers.
East Afr Med J 1934-35; 11: 76-83

Werner H. Untersuchungen über Lepra an Kranken der Leproserie in Bagamoyo.
Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Pathologie und Therapie exotischer
Krankheiten 1902; 6: 1-10

Wheate HW. Some principles and suggested methods of Leprosy control in Eastern
Uganda. Lepr Rev 1952; 23: 122-127

Wheate HW. The Tanzania Leprosy Advisory and Co-ordinating Committee. Lepr Rev
1969a; 40: 142 (Fortsetzung 182)

Wheate HW. Leprosy Control in Tanzania. Lepr Rev 1969b; 40: 217-222

WHO Conference. Report on Leprosy control in Africa.
East Afr Med J 1959; 36: 460-462

WHO. Expert Committee on Leprosy 1960, Second Report. World Health Organ Tech
Rep Ser 1960; 189: 1-27

WHO. Expert Committee on Leprosy 1970, Fourth Report. World Health Organ Tech
Rep Ser 1970; 459: 1-32

WHO. Funds for Leprosy Activities; Cooperation with Other Organizations and Agencies
(reprinted from WHO CHRONICLE 1977; 31). Lepr Rev 1977; 48: 150-153

WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. Genf: WHO, 1978

WHO. Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy
Control Activities (2006-2010). Genf: WHO, 2005
<http://www.who.int/lep/resources/GlobalStrategy.pdf>
(Zugriffsdatum: 26.04.2011, 18.35 Uhr)

WHO. Global leprosy situation 2007. Wkly Epidemiol Rec 2007; 25: 225-232

WHO. Global leprosy situation, beginning of 2008.

Wkly Epidemiol Rec 2008; 33: 293-300

WHO. Fact sheet No 101. 2009a

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html>

(Zugriffsdatum: 30.09.2009, 12.01 Uhr)

WHO. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy (2011-2015). 2009b

http://www.searo.who.int/LinkFiles/GLP_SEA-GLP-2009_3.pdf

(Zugriffsdatum: 26.04.2011, 18.39 Uhr)

WHO. Global leprosy situation 2010.

Wkly Epidemiol Rec 2010; 35: S. 337-348

Williams EH, Williams PH. The story of Kuluva. Lepr Rev 1953; 24: 132-138

Worboys M. The Colonial World as Mission and Mandate: Leprosy and Empire, 1900-1940. Osiris 2001; 15: 207-218

Internetquellen:

All Africa Leprosy, Tuberculosis & Rehabilitation Training Centre, 2011.

http://www.telecom.net.et/~tdalert/about_ethiopia.htm

(Zugriffsdatum: 02.05.2011, 12.46 Uhr)

African Inland Mission International, 2010.

<http://www.aimint.org/>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.23 Uhr)

Berliner Missionswerk, 2010.

<http://www.berliner-missionswerk.de/berliner-missionswerk>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.12 Uhr)

Bethel Mission, 2010.

http://www.bethel-historisch.de/index.php?article_id=33

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.10 Uhr)

CMS, 2010.

<http://www.cms-org.uk/>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.22 Uhr)

DAHW, 2010.

<http://www.dahw.de>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.55 Uhr)

DAHW, 2009.

<http://www.dahw.de/aktuelles/news/lepra-die-aelteste-krankheit-der-welt-ist-auch-heute-noch-aktuell>

(Zugriffsdatum: 18.12.2009, 12.30 Uhr)

DAHW, 2009.

<http://www.dahw.de/hilfsprojekte/projektberichte/hilfe-fur-lepra-opfer2>

(Zugriffsdatum: 21.09.2009, 13.45 Uhr)

East African Community, 2010.

<http://www.eac.int/home.html>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.52 Uhr)

Evangelisch-lutherisches Missionswerk Leipzig, 2010.

<http://www.lmw-mission.de>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.16 Uhr)

Herrnhuter Mission, 2010.

[http://www.herrnhuter-](http://www.herrnhuter-missionshilfe.de/mambo/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

[missionshilfe.de/mambo/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1](http://www.herrnhuter-missionshilfe.de/mambo/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.14 Uhr)

ILEP, 2010.

<http://www.ilep.org.uk>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.55 Uhr)

LEPRA Stichting, 2010.

<http://www.leprastichting.nl>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.57 Uhr)

LEPRA, 2010.

<http://www.lepra.org.uk>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.50 Uhr)

LEPRA, 2010.

<http://www.leprahealthinaction.org/>

(Zugriffsdatum: 29.08.2010, 14.00 Uhr)

Ministry of Health Kenya, 2010: History of tuberculosis and leprosy control in Kenya.

<http://www.nltf.co.ke/about.html>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.05 Uhr)

Missionsbenediktiner St. Ottilien, 2010.

<http://www.missionsbenediktiner.de>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.17 Uhr)

The Leprosy Mission International, 2010.

<http://www.leprosymission.org/>

(Zugriffsdatum: 29.08.2010, 13.59 Uhr)

Toc H, 2010.

<http://www.toch-uk.org.uk>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 11.48 Uhr)

WHO, 2010.

<http://www.who.int/disabilities/cbr/en/index.html>

(Zugriffsdatum: 01.09.2010, 15.03 Uhr)

WHO, 2010.

<http://www.who.int/lep/strategy/en/>

(Zugriffsdatum: 29.08.2010, 14.10 Uhr)

White Fathers, 2010.

<http://www.thewhitefathers.org.uk/index.html>

(Zugriffsdatum: 18.08.2010, 12.19 Uhr)

Archiv der DAHW (Akten ohne Nummerierung und Paginierung):

Anderson GJ. East Africa Leprosy Rehabilitation Project 1973-1977. 1977, MSP-Nr. 1.34.00.01

Aktennotiz über den Besuch von Dr. Michael Wood in Begleitung von Frau Semmler, München (African Medical & Research Foundation) am 15.10.1966. MSP-Nr. 1.39.00.97

Aktennotiz über ein Gespräch mit Frau Dr. Blenska am 18. Mai 1977

Baier E. Safaribericht, 18. bis 22. Mai 1969. Ref.Nr. 16/222-E-Kigezi

Baupläne zur Erweiterung des Lepraheims Morogoro vom Jahr 1966

Beox-Bleumink M. Vorschläge zur letzten Phase des Regionalen Lepra-Kontroll-Projektes in Mwanza – Die Integration der Lepra in den öffentlichen Gesundheitsdienst. 1976, MSP-Nr. 1.85.11.96

Galle G. Bericht unseres Mitarbeiters Gerhard Galle über die im Auftrag des Vorstandes des DAHW durchgeführte Inspektionsreise nach Ostafrika in der Zeit vom 18. Mai bis 16. Juli 1967

Kehr P. Regionalbüro Nairobi, Bericht über Uganda und Sudan, 1. Halbjahr 1986. MSP-Nr. 1.39.99.99

Kigezi-Distrikt/Ankole-Distrikt and the Lake Bunyonyi leprosy mobile unit, Annual Leprosy Report, July 1970 - June 1971

Kitui Leprosy Control Project, Plan of operations, 24. Juli 1971. MSP-Nr. 1.39.90.01

Kober H. Bericht über die Ostafrikareise des geschäftsführenden Vorstandsmitglieds des Deutschen Aussätzigen-Hilfswerkes Hermann Kober in der Zeit vom 2. Februar bis 13. März 1966

Kober H. Aktennotiz des Gesprächs mit Herrn Dr. Gill am 6.10.1970 mit Herrn Kober und Frl. Krafft. 1970, MSP-Nr. 1.85.10.04

Leiker. Reisebericht, 9.9. bis 27.12.1971

Leiker, Reisebericht Alito/Lira vom 2. bis 4.8.1989. MSP-Nr. 1.90.00.03

Leprakontroll- und Ausbildungsplan für Kenya, Alupe/Westkenya, (Victoriaseegebiet), Auszug aus Aktennotiz über Treffen mit NLST, Bonn 14./15.5.1969

Lia Schwester [Lia Schwarzmüller]. Korrespondenz vom 16. Juli 1958. MSP-Nr. 1.85.10.04

Mwena/Ndanda, Allgemeiner Jahresbericht für 1965 vom Aussätzigenheim, Tanzania. MSP-Nr. 1.85.10.04

Report Flying Doctor Service. 1969, MSP-Nr. 1.39.00.97

Report Kumi-Ongino, Uganda, Summary Annual Report 1980

Westerhof W. Ag. Medical Officer in Charge, West Kenya Leprosy Control Project, Alupe Leprosy Hospital and the West Kenya Leprosy Control Project, a short memorandum made on the occasion of the visit of the Minister of Health the Hon. Z. Onyonka, M.P. at Alupe on Tuesday 20th March 1973

Williams PN. Memorandum to application for support for 1967. MSP-Nr. 1.90.00.03

Zielhuis L. Fax des Head of Project Department, Kuluva, vom 5.12.1986